

Ewa Wojtynkiewicz

## UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU W ŚWIETLE TEORII PSYCHODYNAMICZNYCH. CZEŚĆ II. PRZEGLĄD TEORII WSPÓŁCZESNYCH

### ALCOHOL ADDICTION IN THE VIEW OF PSYCHODYNAMIC THEORIES. PART II. REVIEW OF CONTEMPORARY THEORIES

Instytut Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

#### Streszczenie

*W artykule dokonano przeglądu współczesnych teorii psychodynamicznych dotyczących uzależnienia od alkoholu, jego genezy oraz obrazu klinicznego osoby uzależnionej, a także głównych założeń dotyczących psychoterapii uzależnienia. Przedstawiono m.in. koncepcje E.J. Khantziana, J. McDougall, J. Levina, L. Dodesa, P.J. Floresa i B. Readinga. Uzależnienie od alkoholu we współczesnych teoriach psychodynamicznych opisywane jest z wykorzystaniem założeń teorii przywiązania i psychologii self. Uzależnienie traktuje się w nich jako odpowiedź na niepowodzenia w budowaniu więzi z innym człowiekiem, a także reakcję na zranienie self. Wydaje się, że wykorzystanie rozumienia psychodynamicznego w pracy terapeutycznej z pacjentem uzależnionym od alkoholu może być użytecznym uzupełnieniem podejścia poznawczo-behawioralnego, dominującego w leczeniu uzależnień. Ponadto wykorzystywanie koncepcji psychodynamicznych wydaje się zasadne także z uwagi na fakt współwystępowania uzależnienia od alkoholu z innymi zaburzeniami psychicznymi, a w szczególności z zaburzeniami osobowości. Badacze podkreślają, że istnieją niezwykle przekonujące dowody na związki między zaburzeniami związanymi z nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem a zaburzeniami osobowości; te ostatnie określane są jako powszechne wśród osób z uzależnieniem od alkoholu.*

#### Summary

The article reviews contemporary psychodynamic conceptions of alcohol addiction. The concepts of E. J. Khantzian, J. McDougall, J. Levin, L. Dodes, P. J. Flores and B. Reading are presented. Contemporary psychodynamic theories very often describe alcohol addiction using the assumptions of attachment theory and self-psychology. According to them, addiction is treated as a response to failure in building a relationship with another person, as well as a response to self-injury. It seems that the use of psychodynamic understanding in therapeutic work with an alcohol-dependent patient may be a useful complement to the cognitive-behavioural approach, which dominates in the treatment of addiction. In addition, the psychodynamic concepts seem to be useful due to the fact that alcohol addiction coexists with other mental disorders, in particular with personality disorders. Researchers underline that there is evidence of significant links between alcohol use and addiction and personality disorders; the latter are believed to be common among people with alcohol addiction.

**alcohol addiction, psychodynamic theory**

## Wprowadzenie

Niniejszy artykuł jest drugą częścią przeglądu psychodynamicznych teorii traktujących o uzależnieniu od alkoholu. W części pierwszej zaprezentowano teorie klasyczne, w niniejszej przedstawione zostaną współczesne koncepcje. Najczęściej do konceptualizacji uzależnienia od alkoholu spośród współczesnych teorii psychodynamicznych wykorzystywane są: teoria przywiązania oraz psychologia self. W teoriach tych uzależnienie traktuje się jako odpowiedź na niepowodzenia w budowaniu więzi z innym człowiekiem, a także reakcję na zranienie self.

### Uzależnienie od alkoholu w świetle współczesnych teorii psychodynamicznych

Jednym z najważniejszych teoretyków, badaczy i praktyków rozwijających koncepcję uzależnienia z perspektywy psychodynamicznej jest od ponad czterdziestu lat **E.J. Khantzian**. Stworzył on model uzależnienia od substancji psychoaktywnych bazujący na założeniu, iż osoby uzależnione przejawiają szczególne deficyty w obszarach self i ego, w wyniku czego używanie substancji rozwija się u nich jako mechanizm samoleczenia (*self-medication hypothesis*) [1–3]. Istotą uzależnienia, w tym uzależnienia od alkoholu, jest psychologiczny ból, od którego ucieczką jest używanie substancji dającej krótkoterminowe, lecz w inny sposób niemożliwe do osiągnięcia, uczucia ulgi i komfortu [4, 5]. Khantzian podkreślał ważność procesu zastępowania niekontrolowanego cierpienia i mglistego bólu, nierozumianych przez osobę uzależnioną, ponieważ pochodzą z wczesnych faz rozwojowych, na kontrolowane cierpienie, które jest rozumiane, ponieważ jest efektem uzależnienia [2, 4, 6]. Strukturalne i funkcjonalne deficyty, które są centralne dla podatności na uzależnienie od substancji i z powodu których osoby uzależnione cierpią, dotyczą regulacji self w takich czterech obszarach, jak:

- 1) niezdolność do rozpoznawania i regulowania uczuć;
- 2) niezdolność do utrzymywania spójnego i zadowalającego konceptu siebie i poczucia własnej wartości;
- 3) niezdolność do adekwatnych, przynoszących pocieszenie i zadowalających relacji z innymi ludźmi;
- 4) niezdolność do adekwatnej kontroli zachowań, zwłaszcza w zakresie samoopieki.

Problemy w zakresie tych czterech obszarów wpływają na siebie nawzajem, podlegając jednocześnie czynnikom genetycznym i środowiskowym [4, 7]. Uzależnienie od substancji psychoaktywnej konceptualizowane jest jako próba samoleczenia, kompensacji deficytów, naprawy osłabionego konceptu self i wypełnienia luk w funkcjach regulacyjnych pełnionych przez self [2, 3, 7]. Realizowane jest to także przez nieświadomy wybór określonej grupy substancji, których psychofarmakologiczny efekt najskuteczniej będzie kompensował pierwotną psychopatologię zamaskowaną przez uzależnienie [1, 4, 8, 9]. W kontekście zjawiska preferencji substancji psychoaktywnych, Khantzian [1] zaznaczył, że wybór alkoholu może być związany z głęboką obroną przed odczuwaniem lęków i dyskomfortu, które dotyczą ludzkiej bliskości, zależności i intymności.

Khantzian podkreślał także ważność właściwej opieki i ochrony we wczesnym rozwoju dziecka i uważał, że na powstanie deficytów w zakresie regulacji self może wpływać

traumatyzujące środowisko dziecka, rodzicielskie odrzucenie, nadużycie czy deprivacja w zakresie bezpiecznej, stabilnej, wrażliwej opieki nad dzieckiem, co ma dewastujące konsekwencje dla rozwoju zdrowych umiejętności [1, 4]. Niepowodzenia w opiece ze strony rodzicielskich postaci wpływają na upośledzenie rozwoju i błędy w internalizacji takich funkcji, jak samoopieka czy poczucie własnej wartości [1, 3].

Ponadto Khantzian, wraz ze współpracownikami, stworzył i rozwinął koncepcję i metodę leczenia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, tzw. Zmodyfikowaną Dynamiczną Psychoterapię Grupową (*Modified Dynamic Group Therapy*, MDGT). To psychoterapeutyczne podejście wykorzystuje psychodynamiczne zasady w rozumieniu i leczeniu osób uzależnionych od substancji oraz jest ukierunkowane na deficytowe obszary w funkcjonowaniu osób uzależnionych [10]. Głównym założeniem akcentowanym przez Khantziana jest teza, iż to leczenie zaburzeń charakteru jest drogą zdrowienia z uzależnienia [5, 10].

Nieco inaczej o uzależnieniu pisała **J. McDougall**, która pojmowała zarówno uzależnienie od substancji psychoaktywnej, jak i uzależnienie czynnościowe w kontekście zaburzenia psychosomatycznego [3]. Traktowała mechanizm psychosomatyczny i uzależnienia jako stosowane przez osobę nieświadome sposoby obrony przed stresem i uczuciami, polegające na ich rozpraszaniu i eksternalizacji, tzw. wyładowaniu w działaniu (*discharge-in-action*) [3]. Uważała, że cierpienie osób uzależnionych polega nie na niemożności odczuwania, lecz na odczuwaniu nadmiaru prymitywnych, przytłaczających emocji i lęków, przed którymi — z powodu niepowodzeń w rozwoju wewnętrznych symbolicznych sposobów radzenia sobie — osoby te potrzebują się obronić poprzez ich wykluczenie ze świadomości [3, 11]. McDougall twierdziła, że nieświadome lęki u osób uzależnionych są bardziej pokrewne lękom psychotycznym niż neurotycznym i dotyczą głębokiej niepewności w zakresie prawa do istnienia, do posiadania odrębnej tożsamości, utraty poczucia tożsamości i kontroli własnych działań. Uzależnienie dostarcza rozwiązania w postaci rozwoju fałszywego self, gdyż chaotyczny styl życia osoby uzależnionej pozwala na wytworzenie maski chroniącej przed wewnętrzną martwością i nieobecnością prawdziwej tożsamości. W ten sposób McDougall wskazała funkcję uzależnienia jako silnej obrony umożliwiającej uniknięcie fundamentalnych lęków, dotyczących tożsamości i egzystencji [3].

McDougall upatrywała przyczyny uzależnienia w zaburzonych interakcjach matka–dziecko, z powodu których zakłócony został rozwój zdolności symbolicznego radzenia sobie z uczuciami i wewnętrznymi konfliktami [3]. Rezultatem braku wewnętrznej reprezentacji matki jako opiekuńczego introjektu staje się zależność od zewnętrznych środków będących sposobami znieczulania bólu i uzyskiwania uspokojenia [3, 11]. McDougall twierdziła również, że osoba uzależniona od najmłodszych lat mogła otrzymywać komunikaty od matek i/lub rodzin o braku akceptacji dla odrębności i posiadania własnych uczuć i pragnień. Brak pozwolenia na indywidualność mógł stać się źródłem głębokich lęków związanych z tożsamością [3]. McDougall pisała także, iż: „Paradoks związany z obiektem uzależniającym polega na tym, że — mimo swej, na ogół, śmiertelności siły — dla pewnej części umysłu pozostaje dobrym obiektem. Niezależnie od tego, jaki to obiekt, nieodłączną i niezwykle istotną dla jednostki jego właściwością jest zdolność szybkiego usuwania konfliktu i rozpraszania bólu psychicznego, choćby na krótko [...], [cechującego – przyp. aut.] [...] te osoby, które nie posiadają w swym wnętrzu reprezentacji

matki, będącej — w chwilach napięcia i konfliktu — opiekuńczym introjektem, z którym jednostka mogłaby się identyfikować. Brak silnego introjektu postaci ojcowskiej powoduje, że wewnętrzna kruchość jednostki jest jeszcze większa” [12, s. 95].

Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż z tego też, między innymi, powodu — braku opiekuńczych introjektów — substancja psychoaktywna opisywana jest niekiedy, z wykorzystaniem terminologii W. Biona, jako kontener, a jej zażywanie rozumiane jest jako szukanie niezawodnego sposobu zawierania oraz przetwarzania bolesnych i nieznośnych stanów emocjonalnych [13–15]. Funkcja kontenerująca alkoholu zastępuje więc prawdopodobnie wadliwą zdolność matki do pomieszczania doświadczeń dziecka we wczesnym dzieciństwie i jest wyrazem rozwojowej porażki w zakresie przejęcia przez dziecko funkcji alfa od niej [13]. Z kolei traktowanie symbolicznie alkoholu (a nie rodzica) jako selfbiektu wydaje się odzwierciedlać dalsze negatywne aspekty reprezentacji rodziców jako rozczarowujących, odrzucających, nieempatycznych i nieakceptujących postaci, które nie tchnęły w dziecko siły i wiary w siebie [16–18].

Zagadnienia alkoholu pełniącego symbolicznie funkcję selfbiektu oraz budowania z nim związku kompensującego wczesne niepowodzenia relacyjne są szeroko podejmowane przez współczesnych teoretyków i badaczy zajmujących się uzależnieniem w opisywanym w niniejszym artykule podejściu.

Koncepcję uzależnienia od alkoholu z perspektywy psychologii self szeroko rozbudował, czerpiąc z tez postawionych przez H. Kohuta, **J. Levin** [19]. Traktował on uzależnienie od alkoholu, uznając również działanie innych niż psychologiczne czynników, jako powodowane fiksacją na poziomie patologicznego narcyzmu [19, 20]. Levin twierdził, że osoby uzależnione od alkoholu cierpią z powodu czterech rodzajów patologii self: są autodestrukcyjne; brakuje im pewnych komponentów self, które mają istotne znaczenie dla zdolności do samoopieki i utrzymywania poczucia własnej wartości; są zbyt skupione na sobie; oraz ich poczucie bycia oraz koncepcje i reprezentacje self są kruche i zagrożone [20]. Traktował picie alkoholu i zaprzeczanie uzależnieniu jako obrony przeciw narcystycznej dekompensacji w postaci fragmentacji self, która może oznaczać psychiczne unicestwienie [20]. Zgodnie z założeniami Kohuta, uważał, iż używanie substancji psychoaktywnej jest „daremna próba dostarczenia zewnątrznie tego, czego brakuje wewnątrznie” [20, s. 194], a czym jest psychiczna struktura. Proces ten stanowi istotę podatności na uzależnienie od alkoholu. Za główny czynnik przyczyniający się do powstawania uzależnienia uznawał brak tolerancji własnego self, który to stan wywołuje potrzebę zmiany. Substancje psychoaktywne wydają się idealnym rozwiązaniem, gdyż zmieniają nastrój, percepcję siebie, dostarczają iluzji żywotności, nadzieję, poczucie własnej wartości, magicznego kontrolowania rzeczywistości, siły i ulgę dla psychicznego bólu. Substancja, w koncepcji Levina, może mieć wiele symbolicznych znaczeń, ale jej zasadniczą funkcją jest zawsze ta związana ze stawianiem się dla osoby ją przyjmującej — selfbiektem, który dostarcza co najmniej iluzji kontroli, siły i komfortu. Zwrócenie się do substancji jako selfbiektu powodowane jest tym, iż w dzieciństwie ważne dla dziecka osoby nie pełniły, jako selfbiekty, przypisanych im funkcji [20]. Levin rozbudował również rozumienie istoty leczenia uzależnienia od alkoholu poprzez podkreślenie roli terapeuty jako selfbiektu [19]. Postulował, iż psychologicznym celem leczenia uzależnienia jest zastąpienie go relacją

z drugim człowiekiem i wykorzystanie tej emocjonalnej więzi do integracji i wzrostu osoby uzależnionej [20].

Związek narcyzmu i uzależnienia podkreślają również **R.B. Ulman i H. Paul** [21], zaznaczając, iż jest on także etymologiczny. Słowa narcyzm (*narcissism*) i uzależnienie (*narcotic* i *narcosis* jako synonimy słowa uzależnienie) pochodzą z tego samego greckiego źródła: *narke*, które może być tłumaczone jako „odrętwienie”, „powodujący odrętwienie”, „odbierający czucie”, co w rozumieniu tych autorów oznacza, iż oba rodzaje psychopatologii mają na celu uśmiercanie doznań lub stępienie uczuć [21]. Nieświadomym podłożem uzależnienia od substancji psychoaktywnej jest archaiczna forma narcyzmu — megalomania (*megalomania*), która powstaje na skutek rozwojowego zahamowania powodowanego nieempatycznym otoczeniem. W przypadku uzależnienia megalomania wyraża się w postaci — przede wszystkim — narcystycznej fantazji posiadania „megalomaniakalnego” (*megalomaniacal*) self, które obdarzone jest zdolnością magicznej kontroli nad otoczeniem, w tym nad substancją psychoaktywną. W ten sposób substancja psychoaktywna zastępuje, wadliwy w dzieciństwie, selfobiekt [21].

Kolejny autor, wiążący uzależnienie z problematyką narcystyczną — **L. Dodes** — wychodzi z założenia, iż rozumienie żadnego uzależnienia, w tym rozumienie przedmiotu uzależnienia, nie powinno być oddzielone od reszty psychopatologii osoby i jej historii życia [22–24]. Uważa, że uzależnienie od substancji psychoaktywnej poprzedzone jest stale odczuwanymi wszechogarniającymi uczuciami bezradności i bezsilności, które nieuchronnie prowadzą do powstania narcystycznej wściekłości z powodu utraty zdolności do kontrolowania własnego życia [22, 23]. Te poprzedzające uzależnienie przytłaczające stany emocjonalne powstają na skutek wczesnych rozwojowych deprywacji, obejmujących niepowodzenia w rozwoju przywiązania, konflikty związane z kontrolą i rywalizacją, doświadczanie uczuć poniżenia i narcystycznego urazu [23]. Przyjmowanie substancji psychoaktywnej staje się kompulsywną odpowiedzią na intensywne uczucie wściekłości z powodu bezradności i pozwala na przywrócenie poczucia kontroli [19, 22, 23, 25]. Jeśli odczuwanie bezradności zastępowane jest i wypierane przez picie alkoholu, dochodzi do powstania uzależnienia od niego [22, 23].

Założenia psychologii self, jak również — przede wszystkim — teorii więzi, stanowią fundament dla perspektywy, w której uzależnienie traktowane jest bezpośrednio jako wynik zaburzenia przywiązania i reakcja na zranienie/uszkodzenie self, rozwijanej przez **P.J. Floresa**. Zakłada on [18], iż urazowe doświadczenia w relacjach interpersonalnych w dzieciństwie oddziałują na ośrodkowy układ nerwowy i znajdują swoje odzwierciedlenie w życiu dorosłym w błędnych i kompulsywnych zachowaniach, takich jak uzależnienie. Z tego punktu widzenia u osób z pozabezpiecznymi wzorcami przywiązania wykształca się wrażliwość na substancję psychoaktywną jako substytut ludzkiej bliskości. Substancje psychoaktywne stanowią sposób wypełnienia próżni tworzonej przez brak stabilizującej relacji, jednocześnie jednak podtrzymują cierpienie uzależnionej jednostki, gdyż są zaprzeczeniem potrzeby więzi z drugim człowiekiem i prowadzą do szukania zaspokojenia w nich samych. Pozwalają na osiągnięcie gratyfikacji poza obszarem interpersonalnych związków. Flores [18] uważa, że uzależnienie staje się, podobnie jak narcyzm, wycofaniem się do fałszywości self — takiej osobowościowej organizacji, w której unieważniona jest potrzeba przywiązania. Flores [18, 26] podkreśla także, że przywiązanie

osoby uzależnionej do substancji jest silne, przede wszystkim z tego względu, iż jest to relacja bardziej niezawodna i łatwiejsza do kontroli niż niepewny, nieprzewidywalny dla tej osoby ludzki kontakt. Podkreśla, na podstawie badań statystycznych oraz doświadczeń z relacji terapeutycznych, że u dużej liczby osób uzależnionych w ich intymnych związkach od okresu dzieciństwa dominowały: sprzeczność, niekonsekwencja, zazdrość, nieufność, rozczarowanie i niezliczone inne trudności. Doświadczenia takie, w myśl teorii więzi, bezsprzecznie wpływają na deficyt w umiejętności nawiązywania bliskich relacji. Zinternalizowane reprezentacje bolesnych i raniących związków z innymi, powodujące słabość i kruchość self, sprawiają, iż osoby uzależnione z pozabezpiecznymi wzorcami przywiązania najczęściej nie potrafią zwrócić się do innych, by dostać to, czego potrzebują. Deprywacja potrzeby i pragnienia obiektu pozostawia ich samotnymi. W konsekwencji alkohol i inne substancje psychoaktywne służą do łagodzenia i pomniejszania uczuć samotności, bólu i cierpienia, a także do (złudnego) naprawienia zranionego, osłabionego self. Używanie substancji jako próba reparacji zaostrza z kolei dysfunkcyjne style przywiązania, ponieważ zależność od substancji pogarsza stan struktur psychicznych i osobowościowych.

Flores [18, 26] szeroko przedstawia koncepcję leczenia osoby uzależnionej, polegającą na pomocy jej, poprzez silną relację terapeutyczną, w rozwinięciu dojrzałej zdolności do wzajemności i przywiązania, co w rezultacie ma przerwać, wynikający z uzależnienia (i zarazem powodujący), cykl alienacji i izolacji oraz postawę przeciw zależności osoby uzależnionej. Regulująca siła dojrzałej zależności czy bezpiecznego przywiązania wydaje się, w opinii Floresa, absolutnie niezbędna, jeśli osoba uzależniona ma zrezygnować ze swojego „zaufania” do substancji na rzecz zaufania do drugiego człowieka [18]. W myśl terapii opartej na przywiązaniu naprawianie i odbudowa self może być osiągnięta tylko poprzez leczącą i zdrową relację terapeutyczną. Pacjent uzależniony potrzebuje stałego, karmiącego, odzwierciedlającego i podtrzymującego środowiska, które może pomieszczać i radzić sobie z jego negatywnymi, destruktywnymi impulsami, dając mu sposobność do identyfikacji i tworzenia wewnętrznych reprezentacji bezpiecznych obiektów. Za pomocą takiej relacji spełniany jest długoterminowy cel — pomoc osobie uzależnionej w rozwinięciu zdolności do wzajemności i przywiązania, co w rezultacie ma przerwać, wspomniany powyżej, uzależnieniowy cykl alienacji i izolacji [18].

Flores [18, 26] mówi o trzech poziomach leczenia. Na pierwszym poziomie konieczne jest rozpoczęcie abstynencji rozumianej jako rozłączenie z obiektem przywiązania. Jest to wymagane, by jednostka mogła zacząć przywiązywać się do grupy lub terapeutycznego wsparcia. Drugi etap wczesnego leczenia wymaga rozumienia objawów uzależnienia i adaptacji do technik radzenia sobie z nim. Na tym etapie priorytetowo dawane są gratyfikacja, wsparcie i podtrzymanie, ponieważ te strategie maksymalnie wspomagają możliwości przywiązaniowe. Flores podkreśla, iż wczesne stadia leczenia wymagają większej gratyfikacji niż stadia późniejsze. W trzecim, późniejszym etapie leczenia, gdy abstynencja i przywiązanie do procesu leczenia są względnie ustabilizowane, rozpoczyna się praca nad modyfikacją deficytów self i patologią charakteru. Założeniem tej części leczenia jest rozwinięcie u pacjenta zdolności do rozwiązywania konfliktów w konstruktywny sposób, do rozwijania dojrzałej wzajemności i takich interakcji z drugim człowiekiem, które definiowane są przez zdrową współzależność i intymność.

**K.B. Walant** [16], opierając się na licznych teoriach psychodynamicznych, opisała uzależnienie od substancji psychoaktywnej jako powstałe z powodu niewykształconej zdolności do przywiązania. Uzależnienie, w jej opinii, jest sposobem radzenia sobie ze skutkami rozwojowych deprivacji tworzących się z powodu doświadczania nieempatycznego rodzicielstwa i traumatycznego procesu separacji. Uważała, że osoby uzależnione doświadczały w dzieciństwie za rzadko omnipotencji i momentów zlania się z obiektem, albo — przeciwnie — zbyt częstego zlania z obiektem ograniczającym ich odrębność, a także mogły doświadczać seksualnego lub fizycznego nadużycia, co w konsekwencji nie pozwoliło im na rozwój poczucia własnej siły i wystarczającej wiary w innych i/lub siebie. W wyniku przeżywania stałego stanu dziecięcej bezsilności, osoba uzależniona zwraca się ku substancji psychoaktywnej, która dostarcza tego, czego nie dostarczyła relacja z rodzicami — wewnętrznej siły, poczucia kontroli i omnipotencji [16].

Podobnie, opierając się głównie na teorii więzi, o uzależnieniu od substancji psychoaktywnej pisze **B. Reading** [27], zakładając, iż substancja psychoaktywna może być ceniona przez osobę uzależnioną ze względu na jej farmakologiczny efekt i symboliczne znaczenie. Autor ten rozpatruje zwracanie się do substancji analogicznie do zwracania się przez dziecko w chwilach szczególnego stresu do figury przywiązania, by doświadczyć bliskości, uzyskać poczucie bezpieczeństwa i otuchę. Substancja psychoaktywna może dostarczać funkcji, które z powodu braku uwewnętrznionych wystarczająco dobrych doświadczeń bycia zaopiekowanym w dzieciństwie są w ego deficytowe. Wydaje się, że przyjmowanie substancji jest sposobem omnipotentnego zastąpienia tych funkcji i stanowi substytut niedostępnych innych, a powtarzające się doświadczenia uciekania do substancji psychoaktywnej tworzą taki wewnętrzny model operacyjny relacji z substancją, który łączony jest z doznawaniem bezpieczeństwa, ochrony i satysfakcji [5, 27].

### Podsumowanie

Biorąc pod uwagę dominację teorii poznawczo-behawioralnych w dziedzinie psychologii uzależnień, wydaje się, że teorie psychodynamiczne dostarczają uzupełniającą, pogłębioną konceptualizację osoby uzależnionej od alkoholu, jednocześnie jednak nie negując potrzeby i konieczności zastosowania technik poznawczo-behawioralnych celem zatrzymania procesu używania substancji psychoaktywnej. Niemniej z perspektywy psychodynamicznej, dalekie jest myślenie o uzależnieniu (i jego leczeniu) jako oddzielnym od historii życia osoby, bliskie natomiast staje się myślenie o uzależnieniu jako symptomie szeroko rozumianej psychopatologii człowieka [3]. Jak podkreśla się w literaturze psychodynamicznej — przedmiot uzależnienia nie przyciąga magnetycznie, to człowiek jest tym, który dostarcza magnetyzmu [1, 3, 24]. Istotą uzależnienia jest psychologiczny ból, który łagodzony jest przez przyjmowanie substancji, co sprawia, iż uzależnienie staje się naprawą, regulacją, adaptacją czy leczeniem [4]. W tym kontekście ciekawa wydaje się etymologiczna analiza i interpretacja angielskiego słowa określającego uzależnienie — *addiction*, w swoim pochodzeniu powiązanego z *diction*, oznaczającym — w szerokim rozumieniu — „powiedzieć coś”, „ogłosić coś”. Według N. Braunsteina, istnieje fundamentalne przeciwieństwo między *diction* i *addiction*, polegające na tym, iż „addiction is a-diction” [28]. W takim ujęciu uzależnienie staje

się symbolem czegoś niewypowiedzianego, nieświadomego, ukrytego w — prawdopodobnie — historii życia człowieka. Ból płynący z uzależnienia staje się „lepszy” niż ból traumy, dla której nie ma słów [4].

Wydaje się, że wykorzystanie rozumienia psychodynamicznego w pracy terapeutycznej z pacjentem uzależnionym od alkoholu jest zasadne także z uwagi na fakt współwystępowania uzależnienia od alkoholu z innymi zaburzeniami psychicznymi, a w szczególności z zaburzeniami osobowości. Badacze podkreślają, że istnieją niezwykle przekonujące dowody na silne związki między zaburzeniami związanymi z nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem a zaburzeniami osobowości, określanymi jako powszechne wśród osób z uzależnieniem od alkoholu [29–31]. Jak wskazują badania, wskaźnik występowania zaburzeń osobowości u osób uzależnionych od alkoholu sięga 50% [32] i — jak wiadomo — występowanie zaburzeń osobowości w grupie osób uzależnionych od alkoholu stanowi znaczące wyzwanie dla klinicystów i psychoterapeutów ze względu na, między innymi, immanentną trudność pacjentów z zaburzeniami osobowości w nawiązaniu czy podtrzymaniu relacji terapeutycznej [30, 33]. Ponadto, występowanie zaburzeń osobowości okazuje się silnym predyktorem nawrotów w uzależnieniu i zrywania relacji terapeutycznej [31, 34]. Verheul i van den Brink [35] rozróżniają trzy nadrzędne modele współwystępowania uzależnienia od substancji psychoaktywnej i zaburzenia osobowości:

- 1) model pierwotnego występowania uzależnienia od substancji psychoaktywnej;
- 2) model pierwotnego występowania zaburzeń osobowości;
- 3) model wspólnego czynnika powodującego uzależnienie od substancji psychoaktywnej i zaburzenia osobowości.

Podkreślają równocześnie, iż empiryczne dowody najsilniej wspierają model pierwotnego występowania zaburzeń osobowości, w którym to patologiczne cechy osobowości przyczyniają się do rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnej. Biorąc pod uwagę skuteczność podejścia psychodynamicznego w leczeniu zaburzeń osobowości [36], wydaje się więc, że koncepcje psychodynamiczne mogą stanowić bardzo użyteczne narzędzie dla rozumienia osoby uzależnionej od alkoholu, a także terapeutycznej pracy z nią.

### Piśmiennictwo

1. Khantzian EJ. Treating addiction as a human process. Lanham: Jason Aronson Books; 2007.
2. Marlo H, Kalinian H. Utilizing psychoanalytic psychotherapy in the treatment of substance abusers. *Clin. Psychol. Psychother.* 2002; 9: 211–223.
3. Morgenstern J, Leeds J. Contemporary psychoanalytic theories of substance abuse: a disorder in search of a paradigm. *Psychother.* 1993; 30(2): 194–206.
4. Khantzian EJ, Albanese MJ. Understanding addiction as self-medication. Finding hope behind the pain. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers; 2008.
5. Khantzian EJ, Weegmann M. Questions of substance: psychodynamic reflections on addictive vulnerability and treatment. *Psychodyn. Pract.* 2009; 15(4): 365–380.
6. Ramos SP. What can we learn from psychoanalysis and prospective studies about chemically dependent patients? *Int. J. Psychoanal.* 2004; 85: 467–488.



7. Khantzian EJ. Reflections on treating addictive disorders: a psychodynamic perspective. *Am. J. Addict.* 2012; 21: 274–279.
8. Director L. The value of relational psychoanalysis in the treatment of chronic drug and alcohol use. *Psychoanal. Dialogues* 2002; 12(4): 551–579.
9. Suh JJ, Ruffins S, Robins CE, Albanese MJ, Khantzian EJ. Self-medication hypothesis. Connecting affective experience and drug choice. *Psychoanal. Psychol.* 2008; 25(3): 518–532.
10. Khantzian EJ, Halliday KS, McAuliffe WE. *Addiction and the vulnerable self. Modified Dynamic Group Therapy for substance abusers.* New York, London: The Guilford Press; 1990.
11. Burton N. Finding the lost girls. Multiplicity and dissociation in the treatment of addictions. *Psychoanal. Dialogues* 2005; 15(4): 587–612.
12. McDougall J. *Teatry ciała. Psychoanalityczne podejście do chorób psychosomatycznych.* Warszawa: Oficyna Ingenium; 2014.
13. Williams AH. Container and contained: the school of Bion. W: Weegmann M, Cohen R, red. *The psychodynamics of addiction.* London and Philadelphia: Whurr Publishers; 2006, s. 3–12.
14. Moose J, Lysaght MA. Group therapy for addiction. W: Weegmann M, Cohen R, red. *The psychodynamics of addiction.* London and Philadelphia: Whurr Publishers; 2006, s. 99–114.
15. Holmes J. Attachment theory and psychoanalysis: a rapprochement. *Br. J. Psychother.* 2000; 17(2): 157–172.
16. Walant K. *Creating the capacity for attachment: treating addictions and the alienated self.* Lanham: A Jason Aronson Book; 1997.
17. Weegmann M. The vulnerable self: Heinz Kohut and the addictions. W: Weegmann M, Cohen R, red. *The psychodynamics of addiction.* London and Philadelphia: Whurr Publishers; 2006, s. 3149.
18. Flores PJ. *Addiction as an attachment disorder.* Lanham: Jason Aronson Books; 2004.
19. Jones DB. Addiction and pathological accommodation: an intersubjective look an impediments to the utilization of Alcoholics Anonymous. *Int. J. Psychoanal. Self. Psychol.* 2009; 4: 212–234.
20. Levin JD. *Treatment of alcoholism and other addictions. A self-psychology approach.* Northvale/New Jersey/London: Jason Aronson Inc; 1991.
21. Ulman RB, Paul H. *The self psychology of addiction and its treatment. Narcissus in wonderland.* New York, London: Routledge Taylor & Francis Group; 2006.
22. Dodes LM. *The heart of addiction. A new approach to understanding and managing alcoholism and other addictive behaviors.* New York: Harper; 2003.
23. Dodes LM. Addiction as a psychological symptom. *Psychodyn. Pract.* 2009; 15(4): 381–393.
24. Dodes LM. *Breaking addiction. A 7-step handbook for ending any addiction.* New York: Harper; 2011.
25. Director L. Encounters with omnipotence in the psychoanalysis of substance users. *Psychoanal. Dialogues* 2005; 15(4): 567–586.
26. Flores PJ. *Group psychotherapy with addicted populations. An integration of Twelve-Step and psychodynamic theory.* New York: Routledge, Taylor and Francis Group; 2007.
27. Reading B. The application of Bowlby's attachment theory to the psychotherapy of the addiction. W: Weegmann M, Cohen R, red. *The psychodynamics of addiction.* London and Philadelphia: Whurr Publishers; 2006, s. 13–30.
28. Loose R. *The subject of addiction. Psychoanalysis and the administration of enjoyment.* London: Karnac; 2006.
29. Cierpiałkowska L, Ziarko M. *Psychologia uzależnień — alkoholizm.* Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2010.

30. Gabbard GO. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009.
31. Nielsen P, Røjskjær S, Hesse M. Personality-guided treatment for alcohol dependence: a quasi-randomized experiment. *Am. J. Addict.* 2007; 16: 357–364.
32. Newton-Howes G., Foulds J. Personality disorder and treatment outcome in alcohol use disorder. *Curr. Opin. Psychiatry* 2018; 31: 50–56.
33. Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO, red. *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości. Podręcznik kliniczny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013.
34. Verheul R, van den Brink W, Hartgers C. Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addict. Behav.* 1998; 23(6): 869–882.
35. Verheul R, van den Brink W. Causal pathways between substance use disorders and personality pathology. *Aust. Psychol.* 2005; 40(2): 127–136.
36. Kalita L, Chrzan-Dętkoś M. Skuteczność psychoterapii psychoanalitycznych. *Psychoter.* 2017; 4(183): 5–16.

Adres: ewa.wojtynkiewicz@gmail.com