

Jakub Przybyła

# Uwagi wstępne na temat psychodynamicznego leczenia pacjentów uzależnionych

**słowa kluczowe:** *terapia psychodynamiczna, terapia wspierająca, uzależnienia, alkoholizm*

## 1. Wstęp

Artykuł na temat psychodynamicznego leczenia pacjentów uzależnionych postanowiłem napisać z kilku powodów. Pierwszym z nich jest poczucie ogromnego niedosytu, jakie pozostało we mnie po przebytych szkoleniach w kierunku uzyskania certyfikatu psychoterapeuty uzależnień. Brakowało mi tam wystarczająco głębokiej refleksji teoretycznej na temat wpływu osobowości człowieka na uzależnienie się oraz warunków możliwości skorzystania z leczenia. Drugim powodem jest fakt prowadzenia przeze mnie od 2016 roku wykładów z psychoterapii uzależnień dla lekarzy w trakcie zdobywania specjalizacji w zakresie psychiatrii. Wykłady te skłoniły mnie do przemyślenia różnych aspektów diagnozy i terapii pacjentów uzależnionych w kontekście szerokiego spektrum zjawisk psychoterapii, a w szczególności psychoterapii psychodynamicznej. Trzecim powodem dla podjęcia tego tematu było wysłuchanie wykładu dr Ewy Wojtynkiewicz na temat psychodynamicznej perspektywy w leczeniu uzależnień w czasie VIII Sympozjum PTPPd (Wojtynkiewicz, 2018), który był dla mnie niewątpliwą inspiracją do zapisania moich własnych przemyśleń na ten temat. Tekst ten ma jednak wciąż charakter osobistego wyznania, w tym sensie, że ujawnia raczej pewne intuicje autora, a w mniejszym stopniu opiera się na szczegółowym przeglądzie literatury przedmiotu, zarówno w warstwie teoretycznej, jak i empirycznej. W tym znaczeniu refleksje te pozostają prolegomenami do dalszych ujęć tematu psychodynamicznej psychoterapii uzależnień. Wartość proponowanego tu spojrzenia widzę głównie w dyskusji z integracyjnym i poznawczo-behawioralnym modelem pracy z uzależnieniami. Dlatego chciałbym uwypuklić tu różne aspekty podejścia psychodynamicznego, które ułatwiają pracę z uzależnieniami, a często obce są wspomnianym wcześniej innym perspektywom teoretycznym. Dlatego część tych uwag wydać się może terapeutom psychodynamicznym oczywiście, jednak z perspektywy dominującego myślenia o uzależnieniach w praktyce klinicznej wydaje mi się, że są to uwagi warte wyrażenia. Szczególnie z tego powodu, że w piśmiennictwie polskim brak jest opracowań dotyczących psychodynamicznej psychoterapii uzależnień.

Niekiedy w środowisku psychoterapeutów, jak też w kulturze popularnej, funkcjonuje przekonanie na temat dominacji jakiejś formy psychopatologii w określonych

okresach historii najnowszej. Nie chodzi tu o szczegółowe dane badań epidemiologicznych, które są zależne przecież i tak od konceptualizacji w ramach kolejnych klasyfikacji chorób oraz od pewnego nastawienia poznawczego prominentnych autorów. Chodzi tu raczej o pewne opinie. Opinią taką była więc teza o dominacji w kulturze zachodniej histerii i zaburzeń neurotycznych w końcu wieku XIX czy też w pierwszej połowie XX wieku. Wyrazem tego przekonania były oczywiście teksty Zygmunta Freuda, Pierre'a Janeta czy też ich wspólnego nauczyciela Martina Charcota. Symbolicznym przejawem tego sposobu myślenia było wydanie przez Karen Horney książki pod znaczącym tytułem *Neurotyczna osobowość naszych czasów* (Horney, 1937/2018)<sup>1</sup>. Na ile oczywiście histeria, konwersje, somatyzacje i nerwice ustąpiły innym formom zaburzeń, to odmienny temat. Zaznaczę tu tylko, że niektórzy widzą w przypadkach histerii opisywanych w XIX wieku między innymi przez Freuda i Breuera również inne zaburzenia, na przykład zaburzenia osobowości (Van der Hart, Horst, 1989, s.1), inni zaś podkreślają, że neurologdy wciąż borykają się z tymi samymi co Charcot i Freud konwersjami i zaburzeniami somatoformicznymi (O'Sullivan, 2017). Niemniej jednak sądzi się nie raz, że drugą połowę XX wieku aż po czasy nam współczesne zdominowały w psychopatologii zaburzenia osobowości. Symbolicznym przejawem tego sposobu myślenia jest publikacja w USA w 1979 roku książki kulturoznawcy Christophera Lascha *Kultura narcyzmu* (Lasch, 1979/2015). Książka ta ma o tyle znaczenie dla psychoterapii, że szeroko korzysta w opisie tytułowego narcyzmu z ustaleń Otto Kernberga. Obecnie czasem można spotkać się z poglądem, że dominującą formą patologii stają się uzależnienia. Trend ten widoczny jest także w zmianach, jakie zaszły w klasyfikacji DSM, gdzie odchodzi się powoli od myślenia w kategoriach zaburzeń popędów i impulsów na rzecz definiowania różnych zaburzeń poprzez kategorię uzależnień (por. Morrison, 2016). Innym przykładem takiego myślenia jest treść książki Iwony Grzegorzewskiej i Lidii Cierpiałkowskiej *Uzależnienia behawioralne* (Grzegorzewska, Cierpiałkowska, 2018). Chociaż można tam znaleźć tezę, że opisywane przez autorki zjawiska są dalekie od jasnego zrozumienia i brakuje konsensusu w sprawie ich rozumienia jako uzależnień, to jednak cała książka systematycznie i konsekwentnie traktuje je jako uzależnienia analogiczne do uzależnień substancjalnych. Chodzi tu o takie problemy jak hazard, nadużywanie nowych technologii, patologiczne kształtowanie swojego ciała, szkodliwe jedzenie, nadmierne kupowanie, przywiązanie do pornografii i seksu oraz nałogowe wykonywanie pracy. Podobnie sprawę traktuje jeden z polskich „podręczników” do psychoterapii uzależnień autorstwa Bohdana Woronowicza, w którym wymienia się wśród uzależnień takie zjawiska jak nadmierne używanie nowych technologii, telefonu, objadanie się słodyczami, nadmierne zainteresowanie sylwetką ciała i zdrowiem, zdrowym jedzeniem, w końcu również zależność od opalania się (Woronowicz, 2009).

<sup>1</sup> Oczywiście tytuł książki jest wieloznaczny. Horney opisywała przede wszystkim zaburzenia neurotyczne z perspektywy jej doświadczeń i jej czasu historycznego, niemniej jednak fakt skupienia się przez nią właśnie na tym aspekcie psychopatologii jest właśnie znaczący i wymowny.

Nieco inaczej sprawę przedstawia Adam Alter (2018) w książce *Uzależnienia 2.0*. Pozycja ta dotyczy przede wszystkim tak zwanych zależności behawioralnych i skupia się na nowych technologiach. Jest to książka, która miesza wszystko ze wszystkim, nie trując się na systematyzację czy dyscyplinę intelektualną. Niemniej jednak jej autor zaznacza przynajmniej, że opisywany problem uzależnień behawioralnych jest raczej problemem społecznym niż medycznym.

Konsekwencją przedstawianego wyżej myślenia jest traktowanie uzależnień i wszelkich zaburzeń o nałogowym, kompulsywnym charakterze jako samodzielnych chorób porównywalnych z chorobami somatycznymi, które mają swoiste objawy i własne sposoby leczenia. Medykalizacja problemu nałogowości jest też konsekwencją ważnej zmiany, jaka zaszła w rozumieniu uzależnień w połowie XX wieku w środowisku amerykańskich psychiatrów i terapeutów, gdzie pod wpływem publikacji Elvina Jellinka i sukcesów terapeutycznych modelu Minnesota zaczęto traktować uzależnienia jako chorobę, a nie zaburzenie moralne (zob. Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006). To niewątpliwie przyczyniło się do rozwoju różnych programów terapeutycznych dla osób uzależnionych. Problemem jest to, że zapomniano wówczas o tym, że psychoanaliza już od dawna traktowała uzależnienie jako kwestię psychopatologii, która wymaga odpowiedniej terapii psychologicznej. W tym sensie psychoanaliza traktowała też opisywane zjawiska w kontekście całej osobowości człowieka, jego psychodynamiki, losu popędów, mechanizmów obronnych itd. Natomiast w nurcie psychiatrycznym ten sposób myślenia się zagubił. Ztracono zatem myślenie o fakcie, że uzależnienie i inne problemy, objawy i symptomy psychiczne rozwijają się u jednostki posiadającej jakąś osobowość, która zorganizowana jest w bardziej lub mniej korzystny sposób. W końcu, podobnie jak problem zależności od alkoholu, zaczęto traktować zaburzenia życia popędowego, nadając im nazwę uzależnień behawioralnych.

Kolejnym symbolicznym momentem jest w tym kontekście usunięcie z najnowszej edycji klasyfikacji DSM (por. Morrison, 2016) diagnostyki wieloosiowej, która zwracała uwagę na konieczność jednoczesnej analizy i diagnozy zaburzeń psychiatrycznych, zaburzeń osobowości oraz branie pod uwagę okoliczności życiowych pacjenta. Wydaje się, że usankcjonowało to i tak istniejącą już dość powszechnie praktykę kliniczną. Dominujący w leczeniu uzależnień sposób myślenia, który nie zwraca dostatecznej uwagi na poziom organizacji osobowości pacjenta, doprowadził w praktyce do wytworzenia się rozdziału pomiędzy leczeniem uzależnienia jako choroby od leczenia zaburzeń popędów i nawyków, traktowanych jako problemy podlegające tradycyjnej psychoterapii. W ten sposób powstała specyficzna terapia, terapia uzależnień, broniąca swojej oddzielności i wyjątkowości (zob. Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006). Pomimo deklaracji na temat konieczności traktowania każdego pacjenta jako wyjątkowego poprzez pryzmat jego własnych trudności emocjonalnych i życiowych w praktyce posunęła leczenie w kierunku daleko idącej schematyzacji i uproszczenia, a mechanizmy funkcjonowania pacjentów tłumaczyła jako szczególne fenomeny pochodne długotrwałej intoksykacji. Obecny w tym kontekście ideał egalitarności terapii (chodzi o wspomnianą schematyzację: taka sama

terapia dla wszystkich) wywodził się zresztą z pewnego ważnego aspektu myślenia w ramach ruchu pomocowego AA, gdzie zrównywanie alkoholików jest formą konfrontacji z narcystyczną wielkościowością. Uwypuklenie problemu wielkościowości (tzw. „dumy alkoholika”) nie spowodowało jednak, by w ramach dominujących terapii uzależnienia (szczególnie w Polsce) pogłębiono refleksję na temat osobowości pacjenta i problemów narcystycznych przeważających (jak się wydaje) w tej grupie klinicznej. Wracając natomiast do tematu diagnozy psychiatrycznej i jej rozdziału od diagnozy psychodynamicznej (czego wyrazem jest dominujące myślenie przedstawione w DSM-V), warto przypomnieć, że na to zjawisko wskazywał już niegdyś Otto Kernberg, a jako remedium zaproponował przeprowadzanie wywiadu strukturalnego, pozwalającego ocenić zarówno zaburzenia psychiatryczne, jak też poziom organizacji osobowości (Kernberg, 1986). Można więc powiedzieć, że jest to też jedna z ważnych idei w perspektywie psychodynamicznej psychoterapii uzależnień. Chodzi o psychodynamiczną diagnozę osobowości pacjenta wraz z oceną objawów uzależnienia od substancji psychoaktywnej i potencjalnego uzależnienia (stwierdzenia jego występowania bądź braku wg obowiązujących kryteriów ICD-10). Jest to o tyle uzasadnione, że również doniesienia epidemiologiczne podnoszą fakt współwystępowania zaburzeń osobowości i uzależnienia. Monika Rogoż (2009, s. 80–81), powołując się na badania prowadzone w USA, podaje, że uzależnienie od alkoholu koreluje przede wszystkim z diagnozą antyspołecznej osobowości, 13–39 procent pacjentów ma równocześnie z uzależnieniem postawioną diagnozę osobowości z pogranicza, większy niż w populacji ogólnej jest też tu odsetek osób histrionicznych i narcystycznych.

Chcąc przyjrzeć się perspektywom psychodynamicznego leczenia uzależnień, chciałbym poczynić tu pewien przegląd historyczny koncepcji psychoanalitycznych. Dokonam tego w dużej mierze w oparciu o publikację Jerome’a Levina *Psychodynamic Treatment of Alcohol Abuse* (Levin, 1995). Szczegółowy przegląd koncepcji psychoanalitycznych i psychodynamicznych terapii uzależnień zrobiła już w swoim wystąpieniu Ewa Wojtyńkiewicz (Wojtyńkiewicz, 2018). Nadmienię tu jeszcze, że w dalszej części tekstu będę uzależnienia traktował przede wszystkim jako zależność od różnych substancji psychoaktywnych. W tym sensie daleki jestem od rozumienia tak zwanych uzależnień behawioralnych jako uzależnień właśnie. Skłaniam się do twierdzenia, że w przypadku „uzależnień” niesubstancjalnych chodzi o zaburzenia osobowości, perwersje, zaburzenia życia popędowego itp., nawet wówczas, jeśli nałogowość tego zachowania zewnętrznie wysuwa się na plan pierwszy. Chciałbym tu zwrócić uwagę na to, że opisany przez Freuda przymus powtarzania też jest formą zachowania kompulsywnego (por. angielskie *repetition compulsion*). Przymusowość, powtarzalność, uporczywość, tendencja do trwania w czasie i nałogowość jest w tym sensie wpisana w naturę objawów, szczególnie jeśli chodzi o zaburzenia charakteru: zarówno neurotyczne, jak i na poziomie organizacji borderline.

Odmiennie jest oczywiście w przypadku uzależnień substancjalnych, gdzie nie można pomijać psychofizjologicznych skutków długotrwałej intoksykacji, co jednak nie powinno zwalniać od konieczności diagnozy struktury osobowości leczonego.

## 2. Rys historyczny

Zanim za Levinem przybliżę najważniejsze idee psychoanalityczne dotyczące uzależnienia, chciałbym przypomnieć, że nie jest to wiedza oczywista. Obecnie dominuje bowiem pogląd, że tym obszarem psychopatologii zajmować się powinna terapia poznawczo-behawioralna, inne metody leczenia, a szczególnie psychoanaliza, są tu nieskuteczne. Jeśli przejrzymy zawartość podręczników do psychoterapii uzależnienia, najczęściej nie znajdziemy tam nawet wzmianki o leczeniu psychodynamicznym (zob. Leonard, Blane, 2003, Monti i inni, 1994). Na pewno wyjątkiem jest tutaj podręcznik Mellibrudów (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006), gdzie autorzy wspominają o istnieniu terapii analitycznych, podkreślają jednak ich nieskuteczność. Nie przeszkodziło im to jednak oprzeć ich własnego opisu funkcjonowania osoby uzależnionej na pracy Heinza Kohuta i jego koncepcji patologii narcystycznej.

Jak zgodnie podają różni autorzy, także i Levin, Freud uczynił pierwszą wzmiankę na temat uzależnienia w liście do Wilhelma Fliessa, gdzie opisał uzależnienia substancjalne jako przemieszczony nawyk masturbacyjny. W późniejszym czasie potraktował uzależnienie i towarzyszący mu przymus powtarzania jako wciąż nieskuteczny sposób na zapanowanie nad niskim poczuciem wartości, powstałym z powodu zakazanych pragnień masturbacyjnych, oraz sposób na karanie się za te pragnienia. Warto tu zwrócić uwagę na dwie rzeczy. Po pierwsze już Freud wskazywał zatem na problem narcystyczny, związany z niskim poczuciem wartości u osób uzależnionych, jako wyprzedzający uzależnienie i wciąż nawracający. Po drugie pisząc o masturbacji, Freud zwracał też uwagę na związek nawyku z osiąganiem przyjemności. Jest to bardzo ważny aspekt uwypuklony później przez Fenichela, który wskazywał, że podobnie jak w leczeniu perwersji także w uzależnieniach zachowanie patologiczne wiąże się z przyjemnością jako wtórną korzyścią z zaburzenia (Fenichel 1945, s. 324). Dlatego leczenie w tych przypadkach jest tak problematyczne, trudno bowiem wyrzec się tego, co sprawia taką przyjemność.

Pierwszym artykułem psychoanalitycznym, poświęconym w całości problemowi uzależnienia od alkoholu, był tekst Karla Abrahama, którego tłumaczenie angielskie ma tytuł *The psychological relations between sexuality and alcoholism* (Abraham, 1908/1927; Levin, 1995, s. 9)<sup>2</sup>. Autor ten traktował skłonność do picia jako sposób na realizację wypartych i nieakceptowanych dążeń homoseksualnych. Ograniczył się też do analizy spożywania alkoholu przez mężczyzn, którzy rzeczywiście sięgają po niego i uzależniają się częściej niż kobiety. Chociaż perspektywa Abrahama może wydać się ograniczona, jednak i ona wskazuje na pewne ważne zjawisko. Opisuje ona bowiem ważną funkcję psychologiczną spożywania alkoholu, który w tym przypadku miałby zbliżać mężczyzn i odhamowywać ich nieświadome impulsy popędowe. Warto potraktować to jako pewną możliwość rozumienia niektórych przynajmniej przypadków uzależniania się. Cztery kolejne koncepcje psychoanalityczne przedstawię

<sup>2</sup> Co ciekawe, artykuł ten pomija zupełnie Franco De Masi w swojej monografii o Abrahamie (De Masi, 2018a).

bardziej skrótowo. W pracy z roku 1928 Edward Glover (Levin, 1995, s. 9–10) podkreślał znaczenie agresji oraz autoagresji w problemie uzależnienia. W 1933 roku Sandor Rado przyrównał alkoholizm do psychozy maniakalno-depresyjnej. Co warto podkreślić, zaznaczał, że głównym problemem jest tu zaburzenie regulacji samoceny i nieudane próby jej podniesienia poprzez picie. Karl Menninger w 1938 roku określił alkoholizm jako przejaw autoagresji, jako karanie się za posiadanie agresywnych i wrogich uczuć przez pijącego (Levin, 1995, s.12). Karen Horney (1937/2018, s. 41) opisywała odurzanie się alkoholem i inne zachowania kompulsywne, jak nadmierne zaangażowanie w pracę lub nadmierną aktywność seksualną, jako formy radzenia sobie z neurotycznym lękiem.

Warto szerzej przytoczyć natomiast poglądy Otto Fenichela na temat uzależnienia. W swojej książce *The psychoanalytic theory of neurosis* (Fenichel, 1945) przyporządkował uzależnienia nerwicom impulsu. Pisał, że szczególnie dobrze obrazują one koncepcję gratyfikacji popędu oraz jednoczesnej obrony przed popędem. Pragnienia popędowe mają być pochodnymi głodu niemowlęcego. Podobnie późniejsze żądania bezpieczeństwa i narcystyczne potrzeby mają mieć także taki charakter. Pacjenci, którzy boją się popędów, mogą tęsknić za bezpieczeństwem, którym cieszyli się u matczynej piersi. Ich impulsywne zachowania mogą wtedy oznaczać dążenie do celu, którego zarazem próbują uniknąć, ponieważ się go obawiają. Czynią swe objekty odpowiedzialnymi za dostarczenie potrzebnego im odprężenia, a jednocześnie czują się winni agresji wobec swoich obiektów. Podkreślał, że w nerwicach impulsu dochodzi do fiksacji na fazie oralnej, co łączy je z depresją. Jako takie zachowania impulsywne miałyby być zatem próbą uniknięcia depresji. Podobnie jak w przypadku uzależnień substancjalnych skłonność do hazardu łączył z konfliktami związanymi z masturbacją (Fenichel, 1945, s. 372). Podniecenie grą korespondować ma więc z podnieceniem seksualnym, wygrana z orgazmem, a przegrana z karą przez kastrację. Hazard stanowi prowokowanie losu, który jest zmuszany do podjęcia decyzji – za lub przeciw człowiekowi. Typowy hazardzista świadomie lub nieświadomie wierzy w swoje prawo do domagania się szczególnej ochrony od losu. Jego granie jest próbą zmuszenia losu w magiczny sposób, by wypełnił swój „obowiązek”. Niemniej jednak hazard jest też walką z losem. Hazardzista grozi, że zabije los, jeśli ten odmówi koniecznych dóbr, i jest gotowy w tym celu do poniesienia ryzyka, że sam zostanie zabity. Wiele impulsywnych zachowań zwykle wyraża nie tylko dążenia popędowe, ale także żądania surowego superego. Hazardzista może w końcu zbankrutować zgodnie ze swoim pragnieniem poniesienia kary. Impulsywne zachowanie często pojawia się u moralnych masochistów, posiadających intensywną potrzebę kary. To samo dążenie, które rządzi innymi patologicznymi impulsami, oddziałuje u osób uzależnionych. Innymi słowy, uzależnieni to osoby, które mają dyspozycję do reagowania na efekty alkoholu, morfiny i innych narkotyków w specyficzny sposób, to znaczy, iż próbują używać tych doświadczeń do zaspokojenia archaicznych, oralnych tęsknot, którymi są jednocześnie tęsknota seksualna, potrzeba bezpieczeństwa i potrzeba podtrzymania poczucia wartości. Dlatego źródła i natura uzależnienia nie są determinowane przez

chemiczny efekt narkotyku, ale przez psychologiczną strukturę pacjenta. Przedchorobowa osobowość jest tu więc decydującym czynnikiem. Uzależnione od substancji stają się te osoby, dla których jej efekt ma specyficzne znaczenie (Fenichel, 1945, s. 375-376). Dla nich oznacza ona spełnienie lub przynajmniej nadzieję spełnienia głębokiego i prymitywnego pragnienia, które jest odczuwane mocniej niż seksualne. Ta przyjemność lub nadzieja na nią sprawia, że genitalna seksualność jest dla nich nieinteresująca. Poczucie własnej wartości, nawet samo istnienie, jest zależne od otrzymywania pożywienia i ciepła. Efekt substancji psychoaktywnej opiera się na fakcie, że jest on odczuwany jako właśnie pożywienie i ciepło. Osoby uzależnione nie mają tolerancji napięcia. Nie mogą znieść bólu, frustracji, sytuacji oczekiwania na coś. Bardzo chętnie chwytają się każdej okazji ucieczki i mogą doświadczać efektu substancji narkotycznej jako czegoś o wiele bardziej gratyfikującego, niż miało to miejsce w pierwotnej sytuacji, która została przerwana bólem czy frustracją. W narkotykowym odurzeniu jest niezwykły wzrost poczucia własnej wartości, o wiele bardziej znaczący od jakiegokolwiek erogennej przyjemności. Osoby uzależnione, konkluduje Fenichel, charakteryzują się oralną i narcystyczną osobowością przedchorobową. Dlatego, zaznacza także, próba psychoanalitycznego leczenia powinna być podjęta, kiedy tylko jest to możliwe. Jeśli bowiem przedchorobowa dyspozycja uzależnionej osoby pozostaje bez zmiany po leczeniu „odwykowym”, wkrótce doprowadzi ona pacjenta do powrotu do używania substancji (Fenichel, 1945, s. 385). To nie chemiczny efekt należy tu bowiem zwalczyć, ale chorobliwe pragnienie narkotycznej (np. alkoholowej) euforii. W końcu Fenichel formułuje również wskazania co do samego leczenia osób uzależnionych. Według niego najlepszym momentem na rozpoczęcie analizy to czas odstawienia substancji lub moment po odbyciu „terapii odwykowej”. Ze względu na tendencję do powrotu do używania substancji, od której chorzy są uzależnieni, powinni być analizowani raczej w szpitalach niż jako pacjenci ambulatoryjni. Nie można jednak, według niego, ustanowić żadnych ogólnych zasad dotyczących tego, kiedy i jak należy przerwać zażywanie substancji w czasie nawrotu. Z ogólnej koncepcji zaburzenia wynika, że uzależnienie przebiega na zasadzie chronicznego procesu dezintegracji i że najważniejszą sprawą z terapeutycznego punktu widzenia jest to, na jakim etapie tej dezintegracji rozpoczęła się analiza. Pojęcie „uzależnionego” zawiera w sobie jednostki, które mają bardzo różne relacje z rzeczywistością i bardzo różne zdolności do ustanawiania przeniesienia. Najważniejszym wnioskiem płynącym z tekstu Fenichela jest określenie osobowości przedchorobowej uzależnionego jako oralnej i narcystycznej, co łączy się z traktowaniem używania substancji psychoaktywnych jako sposobu na regulację samooceny i afektu. W związku z tym zachodzi bardzo duże prawdopodobieństwo, że bez zajęcia się jego problemami charakterologicznymi pacjent będzie wracał do używania substancji nawet po udanym jej odstawieniu i podjęciu abstinencji.

Na koniec przywołam jeszcze dwie inne perspektywy teoretyczne. Pierwszą jest niezmiernie ważny wkład Kohuta (Kohut, 1977; por. też Goldman, Gelso, 1997; Birrell, 2014) do rozumienia uzależnień. Podejście to reprezentowane jest też przez Levina (1995). Picie alkoholu z tej perspektywy służy wypełnieniu deficytu self. Zabiegi te są

jednak nieskuteczne. Sama substancja jest przeżywana jako potężna matka, z którą uzależniony łączy się w celu podniesienia samooceny, ukojenia lęku, odnalezienia poczucia bezpieczeństwa i spokoju, poczucia całości i kohezji. Substancja psychoaktywna nie tylko nie zaspokaja tych oczekiwań, ale pogłębia wcześniejsze problemy, tworząc uzależnieniowe błędne koło prób samoleczenia.

Drugim podejściem, o którym chciałbym tu wspomnieć, jest perspektywa Eda Khantziana (por. Fetting, 2012, Khantzian, 1977), zawarta w jego hipotezie samoleczenia (*self-medication*). Jest to idea, która opisana jest również w publikacjach klasycznych autorów innych podejść teoretycznych do uzależnienia, takich jak między innymi Elvin Jellinek czy Robert Cloninger (Mellibruda, Sobolewska-Melibruda 2006, Janowski 2009). Chodzi o rozumienie używania substancji psychoaktywnych jako nieskutecznych prób rozwiązywania problemów emocjonalnych i leczenia zaburzeń życia psychicznego. Jest to idea przyjmowana również w dominującym w Polsce leczeniu uzależnień, ale bez wyciągania praktycznych konsekwencji. Dominującym modelem jest bowiem myślenie zrównujące wszelkie uzależnienia od różnych substancji do jednego zaburzenia – uzależnienia po prostu. To podejście pomaga myśleć o organizowaniu struktury leczenia, lecz jednak pomija ono fakt, że różne substancje powodują różne komplikacje zdrowotne, różnie zmieniają funkcjonowanie poznawcze, w różny sposób można stawiać rokowania terapii i – w końcu – w różny sposób działają na emocje. Ten ostatni czynnik wydaje się tutaj kluczowy. Być może nie jest to jednak przypadkowe, że niektóre osoby wybierają zależność od środków stymulujących, a inne od środków sedatywnych. Hipoteza Khantziana pozwala pogłębić psychodynamiczne rozumienie wyboru substancji psychoaktywnej. Z tej perspektywy ludzie wybierają te substancje, które w symboliczny i fizyczny sposób bardziej im „odpowiadają”, czyli dają nadzieję na osiągnięcie terapeutycznego efektu. Niestety, chemiczne uzależniające działanie tych substancji, ich toksyczność i powodowane przez nie zespoły odstawienne powodują, że „terapia” ta jest nieskuteczna i grozi uruchomieniem mechanizmu błędnego koła, który doprowadza uzależnionego człowieka do emocjonalnej i fizycznej destrukcji.

### 3. Konsekwencje praktyczne

Jakie są zatem praktyczne implikacje psychodynamicznego podejścia do problemu uzależnienia? Pierwszą i najważniejszą sprawą wydaje się kwestia odpowiedniej diagnozy, która nie traktuje uzależnienia jako izolowanego schorzenia niepowiązanego z innymi sferami funkcjonowania człowieka, a przede wszystkim z jego osobowością. Istotną kwestią jest zatem próba odpowiedzi na pytanie, z jaką osobowością mamy do czynienia u osoby uzależnionej. Praktyczna trudność w odpowiedzi na to pytanie wiąże się z działaniem destrukcyjnym substancji psychoaktywnych na psychikę. Jeśli jednak nie mamy do czynienia z głębokimi deficytami organicznymi lub psychozą postintoksykacyjną, można po pewnym czasie utrzymywania przez pacjenta abstynencji postarać się o określenie poziomu organizacji jego osobowości. Trudno jednoznacznie orzec, jak długi powinien to być czas. Jest to zapewne raczej kwestia ustąpienia



objawów odstawiennych i intensywnego głodu substancji. Podobnie jak w psychodynamicznej terapii innych zaburzeń niezmiernie ważne wydaje się tu użycie do diagnozy odczuć i wyobrażeń przeciwprzeniesieniowych. Można założyć, na podstawie dostępnych obserwacji i ustaleń teoretycznych, że duża część pacjentów uzależnionych będzie posiadała organizację osobowości z pogranicza, zarówno w typie narcystycznym, jak też w typie borderline<sup>3</sup>. Nie wyklucza to, oczywiście, innej diagnozy. Część pacjentów może mieć osobowość neurotyczną, jak wskazywali Horney i Fenichel. W tym przypadku wyższy poziom organizacji osobowości oraz brak tendencji antyspołecznych jest tu dobrym prognostykiem powodzenia leczenia. Wydaje się, że lepiej funkcjonujący pacjenci skorzystają z tradycyjnego modelu leczenia uzależnień w postaci zajęć psychoedukacyjnych, treningów behawioralnych czy indywidualnej terapii poznawczo-behawioralnej. Jednakże diagnoza niższej organizacji osobowości może zmuszać do modyfikowania tego leczenia. Być może w tych przypadkach najważniejszym czynnikiem leczenia okazałaby się praca w zakresie analizy charakteru i mechanizmów obronnych z jednoczesną akceptacją faktu, że pacjent nie będzie potrafił przez długi czas sprostać wymogowi całkowitej abstynencji. Możliwość podjęcia i utrzymania abstynencji byłaby tu zatem efektem pracy terapeutycznej. Taki model terapii jest jednak możliwy, jeśli zachowania obronne pacjenta rozumie się w ramach ogólnej psychodynamicznej teorii mechanizmów obronnych, a nie tylko i wyłącznie, jak proponuje Jerzy Mellibruda, jako specyficzny efekt długotrwałego działania substancji psychoaktywnej. Różnica wydaje się tutaj kolosalna. Przykładowo wielu terapeutów uzależnień o nastawieniu poznawczo-behawioralnym i humanistycznym oskarża swoich pacjentów o oszustwa i manipulacje. Reagują na takie zachowania złością na pacjenta i wiążą to z faktem bycia „pijakiem” czy też „narkomanem”. Jeśli jednak zobaczyć w funkcjonowaniu pacjentów przejaw ich narcystycznego funkcjonowania, to rzekomą manipulację należy określić jako rodzaj zachowania obronnego. Obronę tę należy zrozumieć i zinterpretować, korzystając między innymi z przeciwprzeniesieniowej złości i poczucia bycia oszukany. Tylko taka perspektywa pozwala bowiem dostrzec cierpienie pacjenta ukryte pod przykrywką obronnego i agresywnego zachowania. Często jednak świadomościowy styl pracy terapeutów uzależnień i superwizorów terapii uzależnień powoduje, że pomijają oni refleksję nad dynamiką przeniesieniową.

Druga praktyczna konsekwencja dotyczy techniki pracy z pacjentem uzależnionym. Narzędziem pracy terapii poznawczo-behawioralnej jest tu przede wszystkim edukacja i konfrontacja. Jak podkreśla Levin (1995), również dla terapeuty psychodynamicznego konfrontacja jest podstawowym narzędziem pracy. Chodzi tu jednak o empatyczną i nieagresywną konfrontację. Trudno jednak nie poddawać się odreagowaniom w pracy z narcystycznymi pacjentami, jeśli nie rozpoznaje się własnego przeciwprzeniesieniowego uwikłania w koluzję z tym pacjentem. Ryzyko takie istnieje właśnie w podejściach świadomościowych do terapii: modelach poznawczych i integracyjnych.

<sup>3</sup> Nie odnoszę się tutaj do kwestii współwystępowania uzależnień z osobowością antyspołeczną, bowiem prognozy powodzenia leczenia pacjentów z taką diagnozą są bardzo słabe.

Innym ważnym aspektem pracy z osobą uzależnioną jest stosowanie technik wspierających. Pamiętać tu należy, że terapia psychodynamiczna posługuje się, w zależności od potrzeby, repertuarem technik: od wspierających poprzez interpretacyjne po ekspresywne. Wydaje się zatem, że ze względu na fizyczne, emocjonalne i społecznie destrukcyjne konsekwencje stosowania substancji psychoaktywnych może być wskazane używanie tych właśnie technik do wsparcia słabego ego, które nie radzi sobie z regulacją afektu. Przyjmując punkt widzenia Fenichela (Fenichel, 1945, s. 385–386), trzeba się też zgodzić, że osoby uzależnione nie są w stanie tolerować napięcia emocjonalnego i na konfrontację z treściami nieświadomymi, konfliktowymi i wypartymi mogą reagować impulsywnie, wracając do używania substancji. Wydaje się, że w tym przypadku słusznym wskazaniem jest unikanie głębokiej eksploracji treści nieświadomych, szczególnie w początkowych fazach leczenia, kiedy możliwości utrzymywania abstynencji, z powodów zmian postintoksykacyjnych, są u pacjenta niewielkie. Również rozumienie pacjenta poprzez koncepcję Kohuta jako raczej zdeficytowanego może wskazywać na wagę technik wspierających. Dlatego być może warto tutaj odwołać się do psychodynamicznego modelu pracy wspierającej z pacjentami borderline, zaproponowanego przez Lawrance'a Rocklanda, jako wzoru postępowania z osobami uzależnionymi (por. Rockland, 1992). Celem takiej pracy, jak podaje cytowany autor, jest wzmocnienie funkcji ego i konsekwentne poprawianie zdolności adaptacyjnych. Ten model terapii, przeciwnie do modelu ekspresywnego, nie akcentuje konieczności uzyskania wglądu i zmiany struktury endopsychicznej. Głównym sposobem pracy jest zatem klaryfikowanie, konfrontowanie i omawianie prymitywnych obron. Terapeuta koncentruje się na omawianiu z pacjentem zachowań impulsywnych i odreagowań i zachęcaniu go do rezygnacji z nich. Praca skupiona jest na wzmocnianiu pacjenta, podkreślaniu jego mocnych stron, integrowaniu rozproszonych i rozszczepionych obszarów. Jednocześnie unika się nadmiernej regresji i głębokich interpretacji na rzecz interwencji wzmocniających syntezę ego (Rockland, 1992, s. 40–53). W celu przeglądu szczegółowego technik psychodynamicznej terapii wspierającej wypada odesłać do wspomnianej pracy Rocklanda. Dodać warto, że zabiegiem sensownym i spójnym z tym modelem terapii wydaje się stosowanie interwencji wspierających mentalizację i psychologizację pacjenta. W ramach tego sposobu pracy mieszczą się również techniki standardowo uznane w leczeniu osób uzależnionych: elementy psychoedukacji czy posługiwanie się konfrontacjami – szczególnie w zakresie zaprzeczania choroby i faktowi uzależnienia. Ten styl pracy wydaje się wskazany przede wszystkim w pierwszej fazie terapii. Podobnie jak ma to miejsce w modelu Rocklanda, można założyć, że sensownym byłoby przechodzenie stopniowe w kierunku bardziej ekspresywnym<sup>4</sup>, gdzie interpretacje dotyczyłyby „tu i teraz” w relacji terapeuta–pacjent, co mogłoby przypominać sposób pracy TFP. Za każdym razem należałoby jednak rozważyć

<sup>4</sup> Taki pogląd odnośnie do terapii uzależnienia wyrażają też inni autorzy (por. Kaufman, Reoux, 1988, Pinsker, Rosenthal, McCullough, 2015).

indywidualnie kwestię początku takiej pracy oraz zakres jej stosowania. Zależne byłoby to na pewno od kilku kwestii, takich jak poziom integracji pacjenta, trwałość jego abstynencji oraz jakość przymierza terapeutycznego.

Inną kwestią konieczną do rozważenia jest sprawa kontraktu terapeutycznego. Skupię się tutaj na terapii indywidualnej, bo o takiej głównie może być mowa w przypadku podejścia psychodynamicznego. Nie wyklucza to oczywiście łączenia jej z tradycyjnymi grupami edukacyjnymi. Z moich doświadczeń wynika, że terapię indywidualną należy prowadzić z częstotliwością przynajmniej dwóch spotkań w tygodniu. Pożądanym wsparciem jest korzystanie przez pacjenta z grup AA lub/i NA, jeśli nie uczestniczy on w innej formie pracy grupowej dla osób uzależnionych. Niesie to jednak też ryzyko, na które terapeuta powinien być wyczulony. Chodzi tu o obronne wykorzystane doświadczeń ruchu samopomocowego i relacji ze znaczącymi osobami z tego ruchu w celu dewaluowania terapii. Ryzyko to jest szczególne w sytuacji terapii uzależnienia, ponieważ wsparcie pozaterapeutyczne jest tu wskazane. W przypadkach pracy z pacjentami z inną diagnozą korzystanie z alternatywnych form pomocowych często z góry można traktować jako wyraz oporu. Warto powtórzyć wskazanie Levina (2001, s. 34), nawet jeśli wydaje się ono być trywialnym, iż ważne jest, aby pamiętać, że jako terapeuta można mieć odmienne zdanie od sponsora grupy AA/NA. W przypadku pacjentów o wyjściowo dość dobrze zintegrowanej osobowości, znaczących zasobach emocjonalnych i społecznych warto od razu wprowadzić wymóg utrzymywania abstynencji. Jednak przypadki powrotu do zażycia substancji należałoby omawiać w kontekście możliwości dalszego trzeźwienia i oporu wobec terapii i abstynencji. Nie ma najczęściej powodu, aby od razu odmawiać pacjentowi dalszej pomocy. Rozsądne jest wyznaczenie limitu możliwych „wpadek”, po których terapia zostałaby zakończona przez terapeutę z odnośnym komentarzem znaczenia tego, co robi pacjent. W przypadku osób gorzej zintegrowanych, z poziomu borderline lub posuniętych w destrukcji alkoholowej wydaje mi się, że znaczącym byłoby uczynienie z abstynencji celu wczesnej fazy terapii. W tym kontekście wskazane jest, aby z pacjentem omówić i rozważyć jego gotowość podjęcia abstynencji i wytyczyć ramy czasowe jej rozpoczęcia. Jednocześnie warto rozmawiać o czynnikach utrudniających jej podjęcie. Tutaj kwestia jest bardzo zależna od konkretnego procesu terapeutycznego i na pewno wymaga namysłu nad własną reakcją przeciwprzeniesieniową i możliwością identyfikacji z obronami pacjenta, co może ułatwić superwizja. Znacząco odmienna w porównaniu z terapiami poznawczo-behawioralnymi może być próba interpretacyjnego połączenia trudności z abstynencją z obronami pacjenta i w ogóle z jego osobowościową patologią. Wydaje się, że może to być bardzo ważny czynnik umożliwiający rozpoczęcie abstynencji pacjentom o głęboko zaburzonej osobowości, którzy nie korzystają z tradycyjnego leczenia w formie zajęć psychoedukacyjnych czy też terapii poznawczo-behawioralnej. Pacjenci tacy mają tendencję do skupiania się na uzależnieniu jako chorobie i negocjowania konieczności wprowadzenia jakichkolwiek zmian w swoim życiu i w swoim sposobie funkcjonowania, dlatego w przypadku osób z silnie zaburzoną osobowością dalsze zdrowienie może okazać się niemożliwe.

#### 4. Refleksje końcowe

Kończąc ten tekst, chciałem podkreślić, że leczeniem pacjentów uzależnionych powinni zajmować się jednak terapeuci mający doświadczenie w pracy w tym obszarze. Jego brak może skutkować zbyt łatwym wchodzeniem w koluzje przeniesieniowe w związku z zaprzeczającym i negującym uzależnieniem funkcjonowaniem pacjentów. Być może brak doświadczenia w leczeniu uzależnień wypełniłaby superwizja u osoby zajmującej się takim leczeniem. Z drugiej jednak strony wydaje mi się, że pracę taką warto wykonywać, szczególnie z pacjentami, którym trudno utrzymać się w dominującym modelu leczenia uzależnień. Być może wówczas często pomijana w lecznictwie uzależnień kwestia diagnozy osobowości pacjenta i jej zrozumienia będzie tu ważnym czynnikiem możliwej zmiany. Fakt ten wydaje się też istotny z tego powodu, że to podejścia psychoanalityczne i psychodynamiczne opracowały najbardziej szczegółowy i praktyczny model diagnozy osobowości, jej zaburzeń i jej leczenia. Dlatego można powtórzyć zachętę psychoanalityka Franco De Masi do tego, aby próbować pracy analitycznej z tak zwanym „trudnymi pacjentami” (De Masi, 2017, 2018b). W tym wypadku chodziłoby o terapię psychodynamiczną pacjentów uzależnionych.

#### Literatura:

- Abraham K. (1908/1927). The psychological relations between sexuality and alcoholism. W: *Selected papers of Karl Abraham*, przeł. D. Bryan, A. Strachey, s. 80–89. London: Hogarth Press, The Institute of Psycho-analysis.
- Alter A. (2018). *Uzależnienia 2.0. Dlaczego tak trudno oprzeć się nowym technologiom*, przeł. A. Gomola. Kraków: Wyd. UJ.
- Birrell D. (2014). Alcohol as a selfobject in alcohol use disorder. *Diffusion: the UCLan Journal of Undergraduate Research*, 7(2), 14–26.
- De Masi F. (2017). *Praca z trudnymi pacjentami. Od nerwicy do psychozy*, przeł. D. Golec, L. Kalita, M. Krużyńska-Mąka, M. Lipińska. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- De Masi F. (2018a). *Karl Abraham. At the roots of analytic theory*, przeł. J. Parker. London, New York: Routledge.
- De Masi F. (2018b). *Wykłady z psychoanalizy. Pojęcia i historia ich rozwoju*, przeł. D. Golec, D. Krakowiak-Dennari. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- Fenichel O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Fetting M. (2012). Self-medication, psychoanalytic, and psychodynamic theories. W: *Perspectives on addiction. An integrative treatment model with clinical case studies*, s. 93–110. Los Angeles, London, N. Delhi, Singapore, Washington: SAGE Publications, Inc.
- Goldman G.F., Gelso C.J. (1997). Kohut's theory of narcissism and adolescent drug abuse treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 14(1), 81–94.
- Grzegorzewska I., Cierpiątkowska L. (2018). *Uzależnienia behawioralne*. Warszawa: PWN.
- Horney K. (1937/2018). *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, przeł. H. Grzegołowska. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Janowski R. (2009). Uzależnienie od alkoholu. W: B. Bętkowska-Korpała (red.), *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, s. 59–76. Warszawa: Wyd. Edukacyjne PARPAMEDIA.
- Kaufman E., Reoux J. (1988). Guidelines for the successful psychotherapy of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14, s. 199–209.

- Kernberg O.F. (1986). *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies*. New Haven, London: Yale University Press.
- Khantzian E.J. (1977). The ego, the self, and opiate addiction: theoretical and treatment considerations. W: J.D. Blaine, D.A. Julius (red.), *Psychodynamics of drug dependence. NIDA Research Monograph 12*, s. 101–117. Washington: U.S. Government Printing Office.
- Kohut H. (1977). Preface. W: J.D. Blaine, D.A. Julius (red.), *Psychodynamics of drug dependence. NIDA Research Monograph 12*, s. VII–IX. Washington: U.S. Government Printing Office.
- Lasch Ch. (1979/2015). *Kultura narcyzmu*, przeł. G. Ptaszek, A. Skrzypek. Warszawa: Wyd. Akademickie SEDNO.
- Leonard K.E., Blane H.T. (2003). *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych*, przeł. A. Basaj. Warszawa: PARPA.
- Levin J.D. (1995). *Psychodynamic treatment of alcohol abuse*. Basic Books.
- Levin J.D. (2001). *Therapeutic strategies for treating addiction. From Slavery to freedom*. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson Inc.
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z. (2006). *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa: IPZ, PTP.
- Monti P.M., Abrams D.B., Kadden R.M., Cooney N.L. (1994). *Psychologiczna terapia uzależnienia od alkoholu*, przeł. K. Skrzypek. Warszawa: IPZiP, PTP.
- Morrison J. (2016). *DSM-5® bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, przeł. R. Andruszko. Kraków: Wyd. UJ.
- O'Sullivan S. (2017). *Wszystko jest w twojej głowie. Opowieści o chorobach psychosomatycznych*, przeł. K. Dudzik. Kraków: Wyd. UJ.
- Pinsker H., Rosenthal R., McCullough L. (2015). Dynamic supportive psychotherapy. W: P. Crits-Christoph, J.P. Barber (red.), *Handbook of short-term dynamic psychotherapy*, s. 373–419. International Psychotherapy Institute E-Books.
- Rockland L.H. (1992). *Supportive therapy for borderline patients: a psychodynamic approach*. New York: Guilford Press.
- Rogoż M. (2009). Współwystępowanie zaburzeń psychicznych u osób uzależnionych od alkoholu. W: B. Bętkowska-Korpała (red.), *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, s. 77–87. Warszawa: Wyd. Edukacyjne PARPAMEDIA.
- Sher K.J., Trull T.J., Bartholow B.D., Vieth A. (2003). Osobowość a alkoholizm: teorie, metody i procesy etiologiczne. W: Leonard, K.E., Blane, H.T. (red.), *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych*, przeł. A. Basaj, s. 77–131. Warszawa: PARPA.
- Van der Hart O., Horst R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 1–11.
- Wojtyńkiewicz E. (2018). *Uzależnienie od substancji psychoaktywnych – (nie)możliwości psychodynamicznego rozumienia i leczenia*. Referat wygłoszony na VIII Sympozjum Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej, Kraków.
- Woronowicz B.T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Warszawa: Wyd. Edukacyjne PARPAMEDIA.

Jakub Przybyła  
certyfikowany psychoterapeuta PTPPd  
certyfikowany psychoterapeuta uzależnień PARPA  
Gabinet Psychoterapii IMAGO, Kraków  
Krakowskie Centrum Psychoterapii PROPOSITO  
jakubprzybyla@interia.pl  
gabinet.imago@gmail.com