

Ewa Wojtynkiewicz

## O TRUDNYCH ZWIĄZKACH UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU I ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI — STUDIUM PRZYPADKU

### ABOUT DIFFICULT RELATIONSHIPS BETWEEN ALCOHOL USE DISORDER AND PERSONALITY DISORDERS — A CASE STUDY

Katedra Psychologii Klinicznej, Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

**alcohol use disorder  
personality disorder  
co-occurrence**

#### Streszczenie

*Problem współwystępowania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu i zaburzeń osobowości wydaje się istotny zarówno z klinicznego, jak i terapeutycznego punktu widzenia. Wskaźnik współwystępowania tych zaburzeń jest wysoki i wynosi ok. 60% w grupach klinicznych i ok. 29% w grupie nieklinicznej. Mimo ich znaczącego współwystępowania, natura związku obu zaburzeń nadal jest słabo poznana. Tym bardziej uznać należy, że badanie wspomnianych zależności jest ważne i może pozwolić na pogłębione rozumienie pacjentów z podwójną diagnozą, a także na optymalizację oddziaływań terapeutycznych do nich skierowanych. W artykule przedstawiono studium przypadku pacjentki z rozpoznanymi zaburzeniami używania alkoholu i mieszanymi zaburzeniami osobowości (zaburzenie osobowości borderline, zaburzenie osobowości narcystycznej) oraz podjęto próbę zrozumienia wzajemnej zależności tych zaburzeń w kontekście historii życia pacjentki, w tym historii podejmowanych przez nią licznych prób leczenia. Konceptualizację przypadku oparto na paradygmacie psychodynamicznej, odnosząc się zarówno do modelu patologii osobowości O.F. Kernberga, jak i innych koncepcji psychodynamicznych bezpośrednio podejmujących zagadnienie nadużywania substancji psychoaktywnych.*

#### Summary

The problem of co-occurrence of alcohol use disorders and personality disorders seems to be crucial from both the clinical and the therapeutic perspective. The co-occurrence rate is high and amounts to about 60% in clinical groups and about 29% in the non-clinical group. Despite the significant co-occurrence of alcohol use disorder and personality disorders, the nature of the relationship between these two is still vaguely known. All the more reason to acknowledge that the research on the above-mentioned relationship is significant and can lead to a better understanding of patients with dual diagnosis as well as to the optimisation of psychotherapeutic interventions directed at those patients. The article presents a case study of a patient with diagnosed alcohol use disorder and mixed personality disorders (borderline personality disorder, narcissistic personality disorder) and an attempt to understand the mutual dependence of these disorders in the context of the patient's life story, including the history of numerous treatment attempts. The case conceptualisation has been based on

the psychodynamic paradigm referring to O. F. Kernberg's model of personality pathology as well as other psychodynamic concepts which directly address the issue of psychoactive substances abuse.

## Wprowadzenie

Kwestia współwystępowania zaburzeń używania alkoholu (*alcohol use disorder*<sup>1</sup>, AUD) i zaburzeń osobowości (*personality disorders*, PD) szeroko podejmowana jest w literaturze przedmiotu [1, 2, 3]. Problem ich współwystępowania wydaje się istotny zarówno z badawczego punktu widzenia, jak również klinicznego i terapeutycznego. Jak ukazują doniesienia empiryczne, wskaźnik współwystępowania AUD i PD w grupach klinicznych oscyluje wokół 60%, a najczęściej diagnozowanymi PD u osób uzależnionych od alkoholu są zaburzenie osobowości antyspołecznej, zaburzenie osobowości borderline i zaburzenie osobowości unikającej [4, 5]. Badania na amerykańskiej populacji nieklinicznej sugerują, iż 29% osób z objawami AUD ma także zaburzenia osobowości [6, 7].

Mimo tak znaczącego współwystępowania AUD i PD, natura związku obu zaburzeń nadal jest słabo poznana [3]. Proponuje się trzy nadrzędne modele wyjaśniające etiologię tej relacji. Pierwsze dwa obejmują założenie bezpośredniego związku przyczynowego, a mianowicie, że jedno zaburzenie prowadzi do rozwoju drugiego [3]. Można wówczas mówić o — w pierwszym modelu — wtórności AUD wobec pierwotnie występującego PD, lub — w drugim — o wtórności PD wobec pierwotnie występującego AUD. W trzecim modelu nie zakłada się relacji przyczynowej, natomiast podkreśla się, że istnieją inne wspólne czynniki, które prowadzą do rozwoju zarówno AUD, jak i PD [8]. Dodatkowo, w literaturze znaleźć można koncepcję czynnika pośredniczącego, postulującego istnienie pośredniego związku przyczynowego, w którym jedno zaburzenie wpływa na trzecią zmienną i poprzez nią wpływa na powstanie drugiego zaburzenia (np. określone funkcjonowanie osób z zaburzeniem osobowości zależnej lub borderline może zwiększać ryzyko doświadczania przemocy psychicznej i/lub fizycznej ze strony partnera/partnerki, która to przemoc może stać się zmienną pośredniczącą dla ukształtowania się nadużywania alkoholu jako sposobu regulacji emocji) [3]. Badacze podkreślają równocześnie, iż empiryczne dowody najsilniej wspierają model pierwotnego występowania PD, w którym to patologiczne cechy osobowości przyczyniają się do rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnej (*substance use disorder*; SUD<sup>2</sup>) [8]. Ów proces może odbywać się w oparciu o trzy mechanizmy: (1) mechanizm behawioralnego rozhamowania (*behavioural*

<sup>1</sup> Autorka zamiennie używa określeń: „uzależnienie od alkoholu” (ICD-10) i „zaburzenie używania alkoholu” (*alcohol use disorder*; DSM-5), ponieważ w anglojęzycznej literaturze z ostatnich lat używa się wyłącznie drugiego określenia, w Polsce natomiast, z uwagi na obowiązującą klasyfikację zaburzeń psychicznych, aktualna jest tradycja używania określenia „uzależnienie od alkoholu”. Warto nadmienić, że zaburzenia używania alkoholu w klasyfikacji DSM-5 obejmują zarówno używanie szkodliwe (F10.1), jak i uzależnienie od alkoholu (F10.2) według ICD-10.

<sup>2</sup> W literaturze światowej z obszaru współwystępowania zaburzeń używania alkoholu i zaburzeń osobowości, najczęściej teoretyczne modele współwystępowania, jak również często badania empiryczne, obejmują grupę wszystkich substancji psychoaktywnych (alkohol i różne typy narkotyków; *substance use disorder*; SUD); brakuje osobnych, wyodrębnionych modeli dla AUD i DUD (*drug use disorder*). Z tego względu w artykule określenie SUD traktuje się jako nadrzędne i jednocześnie zawierające w sobie AUD.

*disinhibition pathway*) — który zakłada, że osoby z wysokim natężeniem cech antyspołeczności i impulsywności, oraz niskim nasileniem zahamowania lub unikania szkód, mają mniejszy próg dla dewiacyjnych zachowań; mechanizm ten jest najlepiej udokumentowany, gdyż wiąże się ze współwystępowaniem antyspołecznego zaburzenia osobowości i SUD; (2) mechanizm redukcji stresu (*stress reduction pathway*) — występujący u osób z wysokim nasileniem reaktywności na stres, lęku i neurotyzmu, które — będąc bardziej podatne na stresujące wydarzenia życiowe — mogą, w odpowiedzi na lęk i niestabilność nastroju, sięgać po substancje psychoaktywne celem samoleczenia; mechanizm ten znajduje swoje uzasadnienie również w podłużnych badaniach, potwierdzających, że wysoka reaktywność na stres, negatywna emocjonalność czy zaburzenia lękowe istotnie zwiększają prawdopodobieństwo nadużywania substancji i/lub uzależnienia [9, 10]; model ten również dostarcza wytłumaczenia dla typu uzależnienia od alkoholu o późnym początku, a także wydaje się bardziej powszechny u kobiet; (3) mechanizm wrażliwości na nagrodę (*reward sensitivity pathway*) — w którym zakłada się, iż osoby z wysokim nasileniem cech: poszukiwania nowości czy nagrody, towarzyskości i ekstrawersji mogą być motywowane do używania substancji celem pozytywnego wzmocnienia. Model ten potwierdzają badania dostarczające dowodów, iż poszukiwanie nowości czy ekstrawersja mogą przyczyniać się do nadużywania substancji [8].

Zaznacza się również, że wymienione powyżej mechanizmy mogą być powiązane z różnymi zaburzeniami osobowości. Pierwszy, jak wspomiano, może być związany z antyspołecznym zaburzeniem osobowości, a także — w niektórych przypadkach — z zaburzeniem osobowości borderline. Mechanizm redukcji stresu może tłumaczyć nadużywanie substancji psychoaktywnych u osób z zaburzeniem osobowości unikającej, zależnej, schizotypowej, borderline i obsesyjno-kompulsywnej. Trzeci mechanizm natomiast może opisywać nadużywanie substancji psychoaktywnych u osób z zaburzeniem osobowości narcystycznej i histrionicznej [8].

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie studium przypadku pacjentki, u której zdiagnozowano zarówno AUD, jak i PD oraz próba zrozumienia wzajemnych związków obu zaburzeń w oparciu o historię życia pacjentki, w tym również historię podejmowanych przez nią wielokrotnie prób leczenia. Konceptualizację przypadku oparto zarówno na modelu patologii osobowości O.F. Kernberga, jak również na innych koncepcjach psychodynamicznych bezpośrednio podejmujących problematykę używania, nadużywania i uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

### Studium przypadku

Pani B.: informacje wstępne<sup>3</sup>

W momencie zgłoszenia się na terapię Pani B. była 55-letnią kobietą, szczupłą, wysportowaną, zadbaną. Uzależniona od alkoholu od ok. 35 lat. Leczenie odwykowe pod-

<sup>3</sup> Dane identyfikacyjne i biograficzne pacjentki zostały zmienione. Uzyskano zgodę pacjentki na publikację studium przypadku.

jęła w wieku 36 lat w roku 1995. Dwa lata później podjęła terapię w wiodącym w kraju ośrodku terapeutycznym i szkoleniowym w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu; po ukończonej terapii i spełnieniu warunku kilkuletniej abstynencji, zaczęła się w tym ośrodku kształcić w kierunku uzyskania certyfikatu terapeuty uzależnień. Szkolenie to ukończyła z powodzeniem. Utrzymywała abstynencję przez 10 lat. Po tym okresie u pacjentki nastąpił nawrót uzależnienia, który trwał kilka miesięcy; zdecydowała się wówczas na implantację esperalu, po której utrzymywała 2-letnią abstynencję. Kolejne 10 lat to naprzemiennie okresy utrzymywanej, zwykle przez kilka miesięcy, abstynencji po implantacjach esperalu i wielomiesięcznego picia alkoholu. Dwa lata przed podjęciem opisywanej terapii zdecydowała się na podjęcie terapii ambulatoryjnej, której nie ukończyła. Po roku z kolei postanowiła podjąć 3-miesięczną terapię stacjonarną w ośrodku, w którym pracowała autorka niniejszego artykułu. Pani B. uczestniczyła w psychoterapii grupowej z częstotliwością trzech spotkań dziennie oraz w psychoterapii indywidualnej z częstotliwością dwóch spotkań w tygodniu, a ponadto w codziennych oddziaływaniach psychoedukacyjnych. Psychoterapia grupowa prowadzona była w nurcie poznawczo-behawioralnym, skupiona na leczeniu uzależnienia od alkoholu; psychoterapia indywidualna, prowadzona w nurcie psychodynamicznym, skoncentrowana była na diagnozie i leczeniu prezentowanej przez Pacjentkę psychopatologii osobowości.

#### Pani B.: historia życia

Przed ukazaniem historii życia Pani B. należy zaznaczyć, iż spójne zebranie wszystkich informacji, które podawała pacjentka w trakcie psychoterapii, było utrudnione ze względu na przekazywanie przez nią niezliczonej liczby faktów oraz — co charakterystyczne dla pacjentki — „zalewanie” informacjami, komentarzami i emocjami, co z kolei wywoływało silne i chaotyczne reakcje przeciwprzeniesieniowe.

Pani B. pochodziła z pełnej rodziny, dzieciństwa nie wspominała dobrze. Mieszkała z ojcem — uzależnionym od alkoholu, matką, starszym bratem (który również stał się uzależniony od alkoholu i popełnił samobójstwo) oraz z młodszą siostrą. O ojcu mówiła: „bałam się go i nienawidziłam, był tyranem-despotą, bił wszystkie dzieci i mamę”. Pani B. wspomina, iż — gdy ojciec bił ją i jej rodzeństwo — musieli być nago; bił sznurem od żelazka albo pasem. Pamięta, że zawsze błagała ojca, żeby nie bił, zawsze bez rezultatu. O swoich uczuciach do matki mówiła: „Czułam żal, złość, niechęć do mamy, że nie potrafiła nas obronić”. Podkreślała również wielokrotnie żal, jaki czuła do matki, gdy ta skarżyła na nią i jej rodzeństwo ojcu. Swoje relacje z rodzicami podsumowuje: „Czułam do nich nienawiść. Nie czułam się bezpiecznie, brakowało mi ciepła, zrozumienia, przytulania, pochwał. Ciągłe pijany ojciec, pobita i posiniaczona mama... Niepokój, wstyd, upokorzenie...”. Ojciec pacjentki zmarł 3 lata przed podjęciem opisywanej psychoterapii. Pani B. wspominała, że: „Nie polecała mi ani jedna łza. Pomyślałam wtedy, że zasłużył na to, zapracował sobie na to”. Aktualny stosunek do matki obrazuje również spotkanie Pani B. z matką podczas jej pobytu w oddziale. Podczas terapii grupowej z płaczem opowiadała ona o tym, że w dniu jej imienin jej matka przyszła na oddział, nie dała jej jednak imienninowego prezentu.

W wieku 8 lat Pani B. przeżyła trudne emocjonalnie zdarzenie. Idąc po zakupy do sklepu, zabrała ze sobą swojego o rok młodszego sąsiada. Gdy wracali, chłopiec został

— na oczach Pani B. — przejechany przez samochód i zginął na miejscu. Pacjentka wspominała towarzyszące jej wówczas lęk i przerażenie oraz ogromne poczucie winy. Wróciła do domu i schowała się pod kołdrę, jej matka ze szlochem naskoczyła na nią na łóżko i powtarzała wtedy: „Co my teraz zrobimy, córeczko?!”. Pani B. wspominała, że oczekiwała wtedy opieki i ochrony od rodziców, „czego od nich nie dostałam”. Marzyła o tym, by wyprowadzić się wspólnie z rodzicami w inne miejsce, co jednak się nie stało. „Sąsiadka, matka mojego kolegi, bardzo mnie oskarżała”. Ona sama czuła się bezsilna. Co ważne, informacja o wypadku była pierwszą, od której p. B. zaczęła pierwsze spotkanie indywidualne z psychoterapeutą.

Po tym wydarzeniu matka Pani B. zapisała ją na różne zajęcia pozalekcyjne. Okres, który się wówczas rozpoczął, pacjentka wspominała jako najlepszy w jej życiu. Obfitował on w: „występy w szkole, zdobywanie dyplomów, medali, pucharów za zajęcie pierwszego miejsca w zawodach sportowych, wyjazdy zagraniczne na zawody”. Szkoły podstawowa i średnia minęły pacjentce w atmosferze „nagród książkowych, występów w teatrzyku, gdzie byłam gwiazdeczką, wycieczek szkolnych, popisów na zawodach sportowych”. Wspominała, że nigdy, również na podjętych po szkole średniej studiach (pedagogika), nie miała problemów w nauce. Podsumowując okres dorastania, Pani B. podkreśla, że jej najlepsze wspomnienia dotyczą trzech rzeczy: zdobywania mistrzostw kraju w gimnastyce sportowej, grania w teatrze i bycia „gwiazdeczką” oraz tego, że jako pierwsza z rodziny dostała się na studia.

Pierwszy kontakt z alkoholem Pani B. miała w wieku 11 lat — skradła wówczas wino ojcu. Wspomina, że od 17./18. roku życia jej picie alkoholu wzmożło się. Piła wtedy na imprezach, pamięta, że inicjowała i przyspieszała picie alkoholu wśród znajomych, upijała się „na smutno”. Od kiedy miała 18 lat była częstowana przez rodziców alkoholem; poza tym Pani B. nadal podkrażała alkohol ojcu. Jednocześnie wspomina, że w okresie adolescencji nie utrzymywała pogłębionych relacji z rówieśnikami, często natomiast, zwłaszcza będąc pod wpływem alkoholu, podejmowała aktywność seksualną z przypadkowymi chłopcami lub nieco starszymi od niej mężczyznami.

W trakcie studiów każda ukończona z powodzeniem sesja egzaminacyjna stawała się pretekstem do picia alkoholu. Pani B. wspomina, że już wówczas na każdą imprezę zaopatrzona była w swój własny, ukryty przed znajomymi alkohol, który popijała po kryjomu. Na studiach również związała się z chłopakiem, z którym jednak po niecałym roku zerwała, gdyż — jak twierdzi — zauważyła u niego problem alkoholowy (niedługo po zerwaniu chłopak ten zmarł z powodu przedawkowania alkoholu). W trakcie trwania tego związku zarówno ona, jak i jej partner podejmowali kontakty seksualne z innymi osobami.

Tuż po studiach Pani B. wyszła za mąż (będąc już w ciąży) za mężczyznę z wykształceniem podstawowym, który był uzależniony od alkoholu. Po urodzeniu dziecka podjęła pracę jako trenerka w klubie sportowym, powróciła do picia, również picia z mężem i jego kolegami. Trzy lata później Pani B. urodziła drugie dziecko. W tym samym roku jej mąż stracił pracę i zaczął intensywnie pić, z powodu czego pacjentka, rezygnując z urlopu macierzyńskiego, wróciła do pracy. W tym okresie zaczęła również bardzo dużo pić. Podjęła także pracę w szkole, z której została dyscyplinarnie zwolniona z powodu przychodzenia do pracy pod wpływem alkoholu. W tym czasie także stwarzała, będąc pod wpływem alkoholu, wiele sytuacji zagrażających zdrowiu i życiu jej dzieci. Pani B. wspominała, jak

pobiła kilkakrotnie matkę, teściową, jak wielokrotnie dochodziło do rękoczynów z mężem; stosowała również przemoc fizyczną wobec dzieci. Podkreślała również, że pod wpływem alkoholu podejmowała przypadkowe kontakty seksualne.

W wieku 36 lat podjęła pierwszą terapię ambulatoryjną; poszła na kilka spotkań z terapeutą, lecz nie utrzymała abstynencji. Pani B. zaznaczała także: „O moim piciu mówiło się wszędzie; w pracy, na osiedlu. Moje picie stało się głośnie”. W roku 1997 podjęła terapię w wiodącym ośrodku terapeutycznym w kraju, wyjeżdżając z miejsca zamieszkania. Decyzję o terapii podjęła z dnia na dzień. Od tego momentu zaczął się 10-letni okres jej abstynencji. Po ukończeniu terapii, zaczęła pracę terapeutyczną nad rozwojem własnym, w tym terapię Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA), którą wspomina jako „koszmar, bo wówczas zakochałam się w partnerze i myśl o tym, że jest on gdzieś obok była najważniejsza”. Wkrótce potem wzięła udział w szkoleniach z zakresu terapii uzależnień, dających jej kwalifikacje do prowadzenia tego typu terapii. Szkolenia te ukończyła z powodzeniem. Związała się z mężczyzną poznanym w trakcie terapii DDA, wzięła rozwód ze swoim mężem, zrezygnowała z wniosku o przyznanie opieki nad dziećmi, które zostały przy byłym mężu.

Wraz z nowym partnerem zrezygnowali z pracy jako terapeuci uzależnień. Wspólnie zaangażowali się w jogę. Pani B. zrobiła kurs instruktora jogi i wkrótce zaczęła pracować jako instruktorka w szkole jogi, a swojego przełożonego zaczęła traktować jako „guru”. W tym czasie pacjentka zrezygnowała z mityngów Anonimowych Alkoholików, na które do tej pory cały czas uczęszczała, będąc przekonana, że joga jej pomoże („Myślałam wtedy, że pokażę im wszystkim, że joga wystarczy”). Po kilku latach przełożony Pani B. okazał się oszustem finansowym.

Z partnerem pacjentka spędziła „pięć burzliwych lat”. Wspominała go jako osobę, która pragnęła oddalić Panią B. od jej własnej rodziny, zakazywała spotykać się jej z dziećmi. Partner używał wobec niej przemocy fizycznej, a ona wobec niego. Kilkanaście razy Pani B. zrywała związek z nim, odchodziła i ponownie wracała. Po pięciu latach związku postanowiła uciec od partnera do Stanów Zjednoczonych. Zaczęła tam pracować. Po 3 miesiącach dowiedziała się, że jej (były) partner ma nową — o 10 lat młodszą — kobietę. „Targały mną złość, wściekłość, zazdrość. Byłam bardzo zazdrosna, zwłaszcza o seks”. Wówczas, po 10 latach, złamała abstynencję. Postanowiła sprowadzić do siebie swojego byłego partnera, opłaciła mu przelot, mieszkanie. „W tym chaosie spowodowanym powrotem do picia i emocjami wysłałam również pieniądze nowej kobiecie byłego partnera”. Gdy przylecieli oboje, Pani B. po krótkim czasie sama wróciła do Polski.

Zdecydowała wówczas o implantacji esperalu. Nie piła łącznie 2 lata. W tym czasie pracowała jako terapeuta zajęciowy w ośrodku socjoterapeutycznym dla młodzieży, zrobiła również kurs opiekunek środowiskowych dla osób starszych. Po 2 latach złamała abstynencję, ukrywając się z piciem alkoholu przed młodzieżą i kierownictwem ośrodka. Zrezygnowała z tej pracy, decydując się na kolejny esperal. Wyjechała wówczas do Włoch do pracy jako opiekunka osób starszych, z której została zwolniona, gdyż przerwała abstynencję. Sytuacja zwolnienia z pracy powtórzyła się kilka miesięcy później, gdy kolejne leczenie esperalem przerwała w 8. miesiącu.

W okresie kolejnych lat zmagania się z utrzymywaniem i przerywaniem abstynencji Pani B. poznała mężczyznę uzależnionego od alkoholu, niepijącego od kilku lat. Związek



z nim wspomina jako bardzo trudny, bo „hermetyczny”. Ponadto, partner pacjentki, w jej opinii, namawiał ją do picia, a gdy zapiła, zakończył z nią związek.

Dwa lata przed opisywaną terapią Pani B. podjęła terapię ambulatoryjną. Uczestniczyła w niej 3 miesiące, po czym przerwała ją, wyjeżdżając do pracy do Niemiec. Tam wkrótce zapiła ponownie. Przed rokiem zdecydowała się na podjęcie terapii stacjonarnej w ośrodku leczenia uzależnień.

#### Pani B.: interpretacja

Pani B. z uwagi na wykształcenie terapeuty uzależnień dysponowała ogromną wiedzą na temat uzależnienia od alkoholu i jego mechanizmów. Pisane i odczytywane w trakcie terapii grupowych prace stanowiły dowód, iż na poziomie intelektualnym w pełni rozumie ona istotę uzależnienia od alkoholu. Znaczące wydaje się, iż w sesjach terapii grupowej Pani B. często starała się być w centrum uwagi z tendencją do bycia zauważoną i podziwianą, co realizowała na różne sposoby: zawsze rozpoczynała rundki wstępne terapii, w których długo wypowiadała się na temat swojego samopoczucia, przywołując różne historie ze swojego życia, płacząc przy tym; jako pierwsza bądź jako ostatnia (po terapeutę prowadzącym grupę) udzielała innym pacjentkom informacji zwrotnych często bardzo konfrontacyjnych. Odczytywane przez nią prace często kończyły się wybuchem negatywnych emocji członków grupy.

Na podstawie historii życia oraz ujawniającej się w trakcie pobytu w ośrodku terapii uzależnień psychopatologii pacjentki wydawało się, iż przedstawia ona wyraźne deficyty osobowościowe. Odnosząc się do strukturalnego ujęcia zaburzeń osobowości, klasyfikującego patologię osobowości na podstawie charakteru najważniejszych procesów lub elementów osobowości (tożsamość, charakter relacji z obiektem, przeważający poziom mechanizmów obronnych, badanie rzeczywistości i funkcjonowanie moralne) [11], struktura osobowości Pani B. wydawała się zaburzona na poziomie organizacji osobowości borderline.

To, co charakterystyczne dla relacji z obiektem Pani B., to niestabilność, intensywność i chaotyczność. Zwłaszcza większość relacji z mężczyznami oparta była na przemocy fizycznej i/lub psychicznej. Wydaje się, że pierwowzór dla nich mógł stanowić, oparty na strachu, nienawiści i wściekłości, związek z ojcem przeżywanym przez Panią B. jako osoba okrutna i zasługująca na śmierć. Jak przekonuje J. Steiner [12]: „Traumatyczne doświadczenia przemocy lub skrajnego zaniedbania, mające źródło w środowisku zewnętrznym, prowadzą do uwewnętrznienia brutalnego zaburzonego obiektu, który równocześnie może być używany przez jednostkę jako wygodny odbiorca projekcji jej destrukcyjności” [s. 24]). Podobnie jednowymiarowo była przeżywana przez Panią B. matka — jako zła postać, która nie umiała pomóc pacjentce w trudnych wydarzeniach życiowych, nie obroniła jej przed przemocą ze strony ojca i która nie dopasowuje się do aktualnych potrzeb swojej córki (nie przynosi jej prezentu w dniu imienin). Jednocześnie, wraz z postępującą w ośrodku terapią Pani B. zaczął ujawniać się jej silny dewaluacyjny stosunek do innych pacjentek i terapeutów oraz prymitywne idealizowanie własnej osoby. Zdarzało się, iż pacjentka mówiła: „Jestem lepsza od innych pacjentek, bo zaczęłam pisać piciorys wcześniej. Mam wszystko lepiej zaplanowane”. Jedną ze swoich prac Pani B. zakończyła słowami: „Amen. Wspowiedanie się. Od lat to samo. Takie czary-mary”.

Podobnie jak wcześniejsze porzucenie terapii wspierającej i mityngów AA na rzecz jogi, wybory wspomaganie farmakologicznego (esperal), porzucenie terapeuty uzależnień z przeżyciem „mogłam nim manipulować i manipulowałam” można rozumieć jako symboliczne zdewaluowanie wartości terapii. W moim przeciwprzeniesieniu pojawiała się poczucie, że jestem przez Panią B. agresywnie używana do realizowania jej własnych celów i dominowały poczucie pustki, bezradność i bezsilność. Chwilami „desperacko” [określ. aut.] zastanawiałam się, co mogłabym dać/powiedzieć tej pacjentce, aby wspomóc jej proces trzeźwienia. Wydawało się, że z uczuciami bezradności i bezsilności stałam się jak zdewaluowana postać matki, która rzuciła się na łóżko pacjentki z pytaniem: „I co my teraz córeczko zrobimy?!”. Towarzysząca mi pustka wydawała się efektem agresywnego czerpania ze mnie. W istocie to pacjentka — używając mechanizmu obronnego projekcyjnej identyfikacji — umieszczała we mnie swoją pustkę.

Innym, charakterystycznym dla Pani B., prymitywnym mechanizmem obronnym było rozszczepienie. Analizując jej historię życia zaobserwować można, iż jest ona pełna wzajemnie sprzecznych postaw i zachowań pacjentki oraz sprzecznych reprezentacji self [13]. Pani B. była terapeutką zagrożonej uzależnieniem młodzieży i jednocześnie sama piła alkohol w ukryciu; nienawidziła ojca za przemoc, sama używając przemocy wobec dzieci; kształciła się jako terapeuta uzależnień w nurcie uznającym psychoterapię za podstawową metodę leczenia uzależnień, jednocześnie w sytuacjach nawrotów choroby decydowała się na implantację esperalu, nie podejmując psychoterapii. Rozszczepienie czyniło tożsamość pacjentki niezintegrowaną, pofragmentaryzowaną. Wydaje się, że u Pacjentki widoczna była ciężka patologia tożsamości, obejmująca brak spójnego poczucia Ja oraz znaczących innych. Historia życia pacjentki ukazuje, że Pani B. niejednokrotnie przekraczała zasady prawne i etyczne w zakresie funkcjonowania moralnego.

Taka konfiguracja relacji z obiektem, tożsamości, mechanizmów obronnych i funkcjonowania moralnego każe myśleć o Pani B. jako o osobie z organizacją osobowości borderline niskiego poziomu według klasyfikacji Kernberga [11]. Jeśli chodzi o typ zaburzonej osobowości, u Pani B. występowały cechy zarówno zaburzenia osobowości borderline, jak i zaburzenia osobowości narcystycznej, również z rysem antyspołecznym.

W kontekście masywnych i silnych urazów, w tym związanych z przemocą doznawaną ze strony ojca oraz realnego braku reakcji na przemoc ze strony matki, Pani B. jako dziecko pozbawiona była możliwości nawiązania bezpiecznej relacji z innymi osobami. We wczesnej adolescencji zaczęły się w niej kształtować dwa sposoby radzenia sobie z — prawdopodobnie — bólem, cierpieniem i przerażeniem, oba oparte na mechanizmach zaprzeczenia i onnipotentnej kontroli. Pierwszym z nich było zaangażowanie w sport i teatr. Z jednej strony zainteresowania te stanowić mogły konstruktywny i zdrowy obszar aktywności i rozwoju; z drugiej — pozwoliły na zbudowanie obrazu siebie jako idealnej, lepszej niż inni i podziwianej do tego stopnia, iż okres adolescencji pacjentka wspomina jako najlepszy w jej życiu. Obrazuje to równocześnie niezaspokojone przez wczesne figury przywiązania pragnienie bycia ważną, kochaną i wyjątkową. Zastanawiające jest, na ile realnie maltretowana pacjentka zaczęła już wówczas kształtować swoją tożsamość wokół fałszywego wyidealizowanego kształtu [14]. Równoległe do aktywności sportowych i teatralnych, Pani B. zaczęła rozwijać drugi sposób radzenia sobie z emocjami — od 11. roku życia zaczęła spożywać alkohol, a nadużywać go już w wieku 17/18 lat. W literaturze



psychodynamicznej podkreśla się, iż uzależnienie od substancji psychoaktywnej może być poprzedzone wszechogarniającymi uczuciami bezradności i bezsilności, nieuchronnie prowadzącymi do narcystycznej wściekłości z powodu utraty zdolności do kontrolowania własnego życia [15]. Jak przekonuje L. Dodes [15], przytłaczające stany emocjonalne powstają w rezultacie wczesnych rozwojowych deprivacji, obejmujących niepowodzenia w rozwoju przywiązania i doświadczanie uczuć poniżenia i narcystycznego urazu. Picie alkoholu staje się wówczas kompulsywną odpowiedzią na intensywne uczucia wściekłości z powodu bezradności i pozwala na przywrócenie poczucia kontroli [15, 16]. Również strach przed byciem przytłoczonym negatywnymi emocjami predysponuje do blokowania tych stanów poprzez picie alkoholu [17]. Wydaje się również, że picie alkoholu od wczesnych lat mogło stanowić próbę radzenia sobie z intrapsychnymi wpływami reprezentacji ojca i unieruchomienia jego przerażającego i nieprzewidywalnego wewnętrznego obrazu [18].

Kolejne, dorosłe lata życia Pani B. przebiegały w podobny sposób; wypełnione były powtarzającymi się próbami podjęcia pracy nad sobą i niszczeniem jej efektów; próbami utworzenia relacji z mężczyznami, które w końcu okazywały się odtworzeniem związku z nieopiekuńczym, zawodnym i agresywnym rodzicem; próbą stworzenia rodziny, która w konsekwencji stała się sceną, na której odegrany został, podobny jak w rodzinie pochodzenia Pani B., scenariusz. Kontakt Pani B. z dziećmi nigdy nie został odbudowany. Te relacje, a także brak innych, opartych na wzajemności i zaufaniu, ukazują Panią B. jako osobę pozbawioną zdolności do zbudowania bezpiecznej relacji przywiązania z drugim człowiekiem. Deficyty te sankcjonowane są dodatkowo obecnością relacji przywiązaniowych o zdeorganizowanym kształcie. Również w zakresie potrzeb współzależności Pani B. ukazuje deficytowość. Z jednej strony, w jej historii życia obecne są próby znalezienia dla siebie miejsca w określonej strukturze społecznej — w szkole jako nauczyciel, w systemie szkolenia terapeutów uzależnień, w placówkach pomocowych jako pacjent lub jako terapeuta, w szkole jogi jako nauczyciel, w domach innych osób jako opiekunka, niemniej wszystkie te próby kończyły się niepowodzeniem z powodu przekraczania podstawowych zasad danej struktury. W przypadku potrzeb indywidualnych — wydaje się, że stawały się one manifestacją jej narcystycznych pragnień: bycia „gwiazdeczką”, bycia wyjątkową pacjentką (również z uwagi na wykształcenie), bycia wyjątkową alkoholiczką, o której piciu „mówiło się wszędzie”.

Analiza powyższego i historii życia Pani B. uwidacznia, że jej zaburzenia, obejmujące zarówno osobowość zaburzoną w strukturze, zaburzenia osobowości, jak i uzależnienie od alkoholu, rozwinęły się równolegle. Trudno jednoznacznie orzec, która z tych form psychopatologii pojawiła się jako pierwsza, z pewnością zaś wzajemnie się wzmacniały. Wydaje się, że czynnikiem wspólnym dla powstania AUD i PD u Pani B. było doświadczanie licznych realnych urazów w okresie dzieciństwa. Odnosząc się do opisanego przez L. Wurmsera [19] cyklu kształtowania się osobowości osób uzależnionych można założyć, iż rzeczywista traumatyzacja, w tym poważna ekspozycja na przemoc w życiu Pani B., uniemożliwiła zbudowanie solidnych struktur psychicznych i granic, co z kolei mogło prowadzić do podstawowego defektu w formujących się mechanizmach obronnych i wykształcenia zaprzeczenia i rozszczepienia jako głównych sposobów ucieczki od bolesnych afektów oraz konfliktu superego (powodującego m.in. poczucie bezwartościowości). Jak przekonuje Wurmser [19], mechanizmy te same w sobie mogą być niewystarczające i dlate-

go zaczynają być wzmacniane przez eksternalizację, a zatem farmakologicznie przez picie alkoholu, które potęguje złudzenie narcystycznej siły. Mechanizmy te, ulegając konsolidacji, wzmacniają fragmentaryzację tożsamości; początkowa psychopatologia pogłębia się.

W kontekście tak rozumianej psychopatologii Pani B. znamieną jest jej reakcja na komentarze ze strony terapeutów konfrontujące jej mechanizmy psychopatologii. Wraz z pojawieniem się takich uwag pacjentka zaczęła zgłaszać objawy złego samopoczucia fizycznego, bóle głowy, bóle w klatce piersiowej oraz bóle brzucha, które po diagnoście lekarskiej nie znalazły uzasadnienia medycznego. Nagle ciało pacjentki, do tej pory wysportowane, zachowujące młodość, umięśnione, zdrowe, podziwiane przez inne osoby, stawało się słabe, a sama pacjentka sprawiała wrażenie przerażonej tym faktem. Pacjentka tak komentowała swój stan: „Szałam tak dobrze do przodu, a teraz mam cofkę. Strasznie się z tym czuję. Chciałam być wspaniała, najlepsza, ale mi nie wyszło. Jestem rozwalona, kompletnie rozwalona”. Wydaje się, że ów stan „rozwalenia” oznacza stan zagrożenia świadomością własnej słabości, projektowanych dotychczas rozszczepionych złych fragmentów self, a także wiele silnych, przytłaczających emocji i lęków pochodzących z różnych, nawet wczesnych, etapów życia Pani B. (co ciekawe, pacjentka z taką samą siłą emocji opowiadała o wydarzeniach sprzed 40 lat i sprzed kilku dni; ponadto, jak wspomniano, pierwszą informacją, jaką pacjentka podała w wywiadzie o charakterze swobodnym w trakcie pierwszego spotkania z terapeutą indywidualnym, była informacja o wypadku, gdy miała 8 lat). Pani B. mówiła: „Zwykle na takie stany, stany rozwalenia, zapijałam”. Wydaje się zatem, że patologiczna organizacja osobowości z wysoko ustrukturuowanym systemem obron stanowiła dla pacjentki formę, jak określa to Steiner [12], psychicznego azylu — bezpiecznego obszaru, do którego pacjentka się wycofywała, a którego opuszczenie powoduje utratę równowagi i lęk. Konfrontowanie Pani B. z takim sposobem funkcjonowania, możliwe dzięki odwoływaniu się do bardziej konfliktowej części ego pacjentki, powodowało opuszczanie psychicznego azylu, co w konsekwencji prowadziło do odczuwania silnego bólu psychicznego, wyrażanego również somatycznie poprzez „rozpadające się” [określ. aut.] ciało.

### Wnioski

Przedstawione powyżej studium przypadku ukazuje podkreślane w literaturze [20] ogromne znaczenie wzajemnych zależności między AUD a PD dla rozumienia pacjenta, a jednocześnie trudności ich badania i interpretacji. Jak wspomniano, wydaje się, że modelem, który najbardziej trafnie opisuje psychopatologię pacjentki, jest model wspólnego czynnika — w tym przypadku, z dużym prawdopodobieństwem, urazowych relacyjnych doświadczeń pacjentki.

Badanie wzajemnych zależności między AUD i PD pozwolić może na optymalizację oddziaływań terapeutycznych dla osób z taką podwójną diagnozą. Umożliwia skupienie interwencji nie tylko na aktualnych zachowaniach związanych z piciem alkoholu, ale także na czynnikach zwiększających nasilenie objawów PD, które mogą być u źródła AUD [21]. Potrzeba lepszego rozumienia czynników leżących u podłoża współwystępowania PD i AUD oraz optymalizacji oddziaływań terapeutycznych podkreślana jest w literaturze

przedmiotu [4, 22, 23]. W tradycyjnym modelu leczenia SUD najczęściej traktowane jest jako oddzielne zaburzenie, wobec którego stosuje się wyizolowane metody leczenia [4]. Współcześnie zaleca się, aby — w sytuacji współwystępowania SUD i, zwłaszcza, PD — stosować zintegrowane podejścia terapeutyczne, które ukierunkowane są bezpośrednio na oba zaburzenia [4, 23].

Istnieje kilka modeli terapeutycznych, w większości w fazie badań ich skuteczności, które zostały zaprojektowane tak, by leczyć zarówno PD (w szczególności zaburzenie osobowości borderline), jak i AUD. Jedną z nich jest *Dynamic Deconstructive Psychotherapy* (DDP) [24], w której zakłada się, że nadużywanie alkoholu jest kompensacyjnym, nieprzystosowawczym sposobem szukania ukojenia przy braku werbalnych/symbolicznych zdolności radzenia sobie oraz zdolności relacyjnych, których to deficyty wynikają z zaburzenia osobowości. Podobnie *Modified Dynamic Therapy* (MDGT), traktująca SUD jako mechanizm leczenia deficytów w obszarach afektu, relacji przywiązaniowych, samoopieki, poczucia własnej wartości, koncentruje się na rozwojowych i strukturalnych osobowościowych deficytach, zakładając, że leczenie zaburzeń charakteru jest drogą leczenia uzależnienia [25, 26]. Również Linehan i współpracownicy opracowali *Dialectical Behavior Therapy-S* (DBT-S), która obejmuje, dodatkowo w stosunku do klasycznej DBT, strategie dialektyczne pomocne dla utrzymywania abstynencji oraz strategie przywiązaniowe, mające na celu utrzymanie trudnego osobowościowo pacjenta w terapii [3]. Kolejny model psychoterapii, który został opracowany dla jednoczesnego leczenia PD i AUD, to *Dual Focus Schema Therapy* (DFST) jako zmodyfikowana wersja terapii schematów, integrująca techniki zapobiegania nawrotom i jednocześnie zajmująca się nieadaptacyjnym funkcjonowaniem pacjenta z zaburzeniami osobowości i jego stylami radzenia sobie z problemami [3]. W warunkach polskich ośrodków i poradni leczenia uzależnień od alkoholu, oprócz prób aplikacji powyżej przedstawionych terapii, być może rozwiązaniem byłoby wprowadzenie sekwencyjnego lub równoległego zintegrowanego leczenia, w trakcie którego obok bezpośrednich oddziaływań terapeutycznych ukierunkowanych na AUD, pacjenci z podwójną diagnozą jednocześnie (integracja równoległa) lub tuż po podstawowym leczeniu (integracja sekwencyjna) pracowaliby z psychoterapeutami z tych nurtów terapeutycznych, które uznane są za najbardziej skuteczne w leczeniu PD (a więc terapie psychodynamiczne z akcentem na terapię skoncentrowaną na przeniesieniu oraz opartą na mentalizacji, a także behawioralno-poznawcze z akcentem na dialektyczno-behawioralną terapię oraz terapię schematów).

Rozwijanie modeli terapii dla pacjentów z PD i AUD jest o tyle ważne, że badania wskazują, że osoby, u których rozpoznano — przykładowo — zaburzenie osobowości borderline i AUD charakteryzują się wyższymi wskaźnikami przerywania terapii i nawrotów picia w porównaniu z osobami, u których diagnozy te występują pojedynczo [27]. Jednocześnie, badania wśród nastolatków i młodych dorosłych, szukających pomocy, ukazują, iż zaburzenie osobowości borderline — niezależnie od innych zmiennych — przewiduje uzależnienie od alkoholu [21], a diagnoza AUD u młodych dorosłych z diagnozą zaburzenia osobowości borderline stawiana jest 5–10 razy częściej niż u zdrowych młodych dorosłych oraz 2–3 razy częściej niż u pacjentów z innymi zaburzeniami osobowości, a także wiąże się poważniejszymi trudnościami, większą liczbą zachowań ryzykownych, zachowaniami suicydalnymi i problemami z prawem w porównaniu z osobami z samym BPD lub AUD

[22]. Wydaje się więc, że poznanie mechanizmów prowadzących do nasilenia symptomatologii PD w grupie osób z AUD, a także próba zrozumienia wzajemnych związków między PD a AUD jest istotne dla skuteczności podejmowanych oddziaływań terapeutycznych.

### Piśmiennictwo

1. Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, Durbin J, Burr R. Borderline personality disorder and substance use disorders A review and integration. *Clin. Psychol. Rev.* 2000; 20(2): 235–253.
2. Trull TJ, Freeman LK, Vebares TJ, Choate, Ashley AM, Helle C iwsp. Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline Personal..Disord.Emot. Dysregul.* 2018; 5(1). doi:10.1186/s40479-018-0093-9
3. Gianoli MO, Jane JS, O'Brien E, Ralevski E. Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: A review of the evidence and future recommendations. *Exp. Clin. Psychopharmacol.* 2012; 20(4): 333–344.
4. Casadio P, Olivoni D, Bonafede R, Atti AR. Co-occurrence of substance use and personality disorders. W: Predy V, red. *Neuropathology of drug addictions and substance misuse. Volume 3: General Processes and mechanisms, prescription medications, caffeine and areca, polydrug misuse, emerging addictions and non-drug addictions.* London: Academic Press; 2016, s. 239–248.
5. Zikos E, Gill KJ, Charney DA. personality disorders among alcoholic outpatients: prevalence and course in treatment. *Can. J. Psychiatry* 2010; 55(2): 65–73.
6. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch. Gen. Psychiatry* 2014; 61(4): 361–368.
7. Newton-Howes GM, Foulds JA, Guy NH, Boden JM, Mulder RT. Personality disorder and alcohol treatment outcome: systematic review and meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 2017; 211(01): 22–30.
8. Verheul R, van den Brink W. Causal pathways between substance use disorders and personality pathology. *Aust. Psychol.* 2005; 40(2): 127–136.
9. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood JL. Association between anxiety disorders and substance use disorders among young persons: results of a 21-year longitudinal study. *J. Psychiatr. Res.* 2004; 38: 295–304.
10. Evren C, Sar V, Dalbudak E, Oncu F, Cakmak D. Social anxiety and dissociation among male patients with alcohol dependency. *Psychiatry Res.* 2009; 165: 273–280.
11. Caligor E, Clarkin JF. Model osobowości i patologii osobowości oparty na teorii relacji z obiektem. W: Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO, red. *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości. Podręcznik kliniczny.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013, s. 23–60.
12. Steiner J. *Psychiczny azyl. Patologiczna organizacja osobowości u pacjentów psychotycznych, nerwicowych i borderline.* Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2010.
13. Gabbard GO, Wilkinson SM. *Przeciwpzrzeniesienie w terapii pacjentów borderline.* Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2011.
14. Cierpiąłkowska L. Jak działa zewnętrzny i wewnętrzny dobry obiekt w relacyjnej terapii psychoanalitycznej? W: Cierpiąłkowska L, Gościński J, red. *Technika i relacja terapeutyczna we*

- współczesnej psychoanalizie. Wybrane zagadnienia. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2010, s. 161–180.
15. Dodes LM. Addiction as a psychological symptom. *Psychodyn. Pract.* 2009; 15(4): 381–393.
  16. Dodes LM. *The heart of addiction. A new approach to understanding and managing alcoholism and other addictive behaviors.* New York: Harper; 2003.
  17. Krystal H. Self — and object-representation in alcoholism and other drugdependence: implications for therapy. W: Blaine JD, Julius DA, red. *Psychodynamics of drug dependence.* NIDA Research Monograph 12. Washington, DC: Superintendent of Documents, U. S. Government Printing Office; 1977, s. 88–100.
  18. Sweet AD. Aspects of internal self and object representations in disorganized attachment: clinical considerations in the assessment and treatment of chronic and relapsing substance misusers. *Br. J. Psychother.* 2013; 29(2): 154–167.
  19. Wurmser L. Mr. Pecksniff's horse? (Psychodynamics in compulsive drug use). W: Blaine JD, Julius DA, red. *Psychodynamics of drug dependence.* NIDA Research Monograph 12 Washington, DC: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office; 1977, s. 36–72.
  20. Cierpiałkowska L, Ziarko M. *Psychologia uzależnień — alkoholizm.* Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2010.
  21. Scalzo F, Hulbert CA, Betts JK, Cotton SM, Chanan AM. Predictors of substance use in youth with borderline personality disorder. *Pers. Disord. Theory Res. Treat.* 2018; 9(4): 390–396.
  22. Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M. Longitudinal twin study of borderline personality disorder traits and substance use in adolescence: Developmental change, reciprocal effects, and genetic and environmental influences. *Pers. Disord. Theory Res. Treat.* 2013; 4(1): 23–32.
  23. SAMHSA — Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Strategies for developing treatment programs for people with co-occurring substance abuse and mental disorders.* Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2003.
  24. Gregory RJ, Remen AL. *A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder.* *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.* 2008; 45(1): 15–27.
  25. Khantzian EJ. *Treating addiction as a human process.* Lanham: Jason Aronson Books; 2007.
  26. 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.
  27. Pennay A, Cameron J, Reichert T, Strickland H, Lee NK, Hall K wsp. A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *J. Subst. Abuse Treat.* 2011; 41(4): 363–373.

e-mail: ewa.wojtynkiewicz@gmail.com