

Uzależnienie od alkoholu jako wynik deficytu w zakresie relacji przywiązania

Alcohol addiction as a result of deficits in attachment relationships

Ewa Wyrzykowska

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

Abstract – This article suggests a theoretical framework of alcohol addiction from the perspective of attachment theory and a review of research in this area. Based on the theory of attachment, being dependent on a psychoactive substance is conceptualized as a substitute for attachment to other people. More specifically, it is assumed, that an unsatisfactory attachment to a loved one in an early childhood favours dependency on psychoactive substances.

Key words: alcoholism, attachment, psychodynamic theory, self

Streszczenie – Artykuł przedstawia koncepcję rozumienia uzależnienia od alkoholu z perspektywy teorii przywiązania oraz przegląd badań w tym zakresie. W oparciu o teorię przywiązania zależność od substancji psychoaktywnej traktuje się jako substytut zależności od drugiego człowieka. Zakłada się, iż zależność od człowieka była od dzieciństwa niesatysfakcjonująca, co spowodowało wytworzenie przywiązania do substancji psychoaktywnej.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, przywiązanie, teoria psychodynamiczna, self

WPROWADZENIE

Celem artykułu jest przedstawienie koncepcji rozumienia uzależnienia od alkoholu w oparciu o teorię przywiązania i teorie psychodynamiczne. Mimo dużej ilości badań, dotyczących problematyki uzależnień, realizowanych w Polsce i na świecie, rzadko podejmuje się, tak teoretycznie, jak i empirycznie, dyskusję o uzależnieniu jako zaburzeniu więzi. Głównym założeniem tej perspektywy jest traktowanie zależności od substancji psychoaktywnej jako substytutu zależności od drugiego człowieka, gdyż zależność od człowieka była od czasów dzieciństwa – mówiąc ogólnie – niesatysfakcjonująca (1, 2, 3, 4). Na gruncie teorii przywiązania i psychodynamicznych zakłada się, iż historia relacji przywiązaniowych w dzieciństwie znacząco wpływa nie tylko na jakość związków interpersonalnych w przyszłości, ale także na rozwój poczucia tożsamości i kształtowanie się osobowości, funkcjonowanie emocjonalne oraz występowanie lub nie, objawów psychopatologicznych (por. m.in. 5, 6).

TEORIA PRZYWIĄZANIA

Twórcą teorii przywiązania jest John Bowlby, którego podstawowym dokonaniem było rozpoznanie i opisanie biologicznie i ewolucyjnie uwarunkowanej potrzeby przywiązania dziecka do opiekuna (5). Rozwój relacji przywiązaniowej dziecka z figurą przywiązania odbywa się w czterech fazach:

Faza I: *Orientacja i sygnały przy ograniczonym wyróżnicowywaniu figury*. W fazie tej zdolność do rozróżniania osób opiera się na bodźcach słuchowych i węchowych, a noworodek zachowuje się wobec ludzi w sposób mało zróżnicowany. Faza trwa od narodzin do wieku ok. 8–12 tygodni.

Faza II: *Orientacja i sygnały ukierunkowane ku jednej wyróżnicowanej figurze lub kilku takim figurom*. W tej fazie rozwija się zdolność rozpoznawania figury matczynej; wobec niej dziecko kieruje zachowania różnicujące ją od innych osób. Faza ta trwa do ukończenia przez dziecko ok. sześciu miesięcy.

Faza III: *Utrzymywanie bliskości z wyróżnicowaną figurą za pomocą lokomocji oraz sygnałów*. Dziecko coraz bardziej różnicuje swoje reakcje na poszczególne osoby. Jego repertuar zachowań rozszerza się również na takie zachowania, jak podążanie za matką, witanie powracającej matki, czy używanie jej jako bazy, z której wyrusza ono na eksplorację świata. Faza ta trwa do trzeciego roku życia.

Faza IV: *Formowanie się związku partnerskiego korygowanego zgodnie z celem*. W fazie tej dziecko zaczyna utrzymywać bliskość z figurą przywiązania. Powoli zaczyna wyobrażać sobie matkę jako obiekt niezależny, stały w czasie i przestrzeni, którego działania są przewidywalne. Dziecko zdobywa umiejętność wnioskowania o planach i celach matki, zyskuje wgląd w jej motywy i uczucia. W ten sposób rozpoczyna się bardziej złożony związek między dzieckiem a figurą przywiązania – partnerstwo.

Bowlby podkreślał, że dla pozytywnego dla dziecka rozwoju przywiązania najważniejsza jest stała i wrażliwa reaktywność opiekuna, co zapewnia dziecku poczucie bezpieczeństwa. Jest to tym bardziej istotne, gdyż powtarzające się interakcje dziecka z opiekunami są źródłem wiedzy o świecie relacji międzyludzkich, która zostaje zarejestrowana w umyśle jako wewnętrzny model operacyjny: „W operacyjnym modelu świata zbudowanym przez jednostkę podstawowym elementem jest wiedza o tym, kim są jej figury przywiązania, gdzie je można znaleźć i jak prawdopodobnie zareagują. Podobnie w operacyjnym modelu self (...) podstawowym elementem jest wiedza o tym, jak figury przywiązania widzą ją i akceptują (bądź nie). Na podstawie struktury tych komplementarnych modeli jednostka formułuje prognozy na temat potencjalnej dostępności i otwartości owych figur” (7: 32). Wewnętrzne modele operacyjne oznaczają zatem względnie trwałe elementy osobowości, które magazynują wczesne doświadczenia w relacji z opiekunem i określają istotne części obrazu siebie. Ponadto, regulują budowanie bliskości i intymnych związków, gdyż osobista historia relacji przywiązaniowych w dzieciństwie wpływa na formę i głębokość przywiązania dorosłych. Bowlby zauważył bowiem, że wewnętrzne modele operacyjne najczęściej opierają się rewizji – częściowo dlatego, że funkcjonują poza świadomością, a częściowo z tego względu, iż stanowią mechanizmy obronne (5, 7).

STYLE PRZYWIĄZANIA

Współpracownicy i następcy Bowlby'ego (m.in. Mary Ainsworth i Mary Main), rozwijając teorię przywiązania, odkryli jakościowo różne wzorce przywiązania, z których każdy łączył się z odrębnym, charakterystycznym schematem interakcji dziecka z opiekunem. Wzorce przywiązania traktowane są jako aktywne wewnętrzne modele, które kierują doświadczeniem siebie i innych w relacji interpersonalnej (7). Wyróżnia się styl bezpieczny oraz trzy style pozabezpieczne: lękowo-ambiwalentny, unikowy i zdezorganizowany (7):

Styl bezpieczny – charakteryzuje te osoby, które mają uwewnętrznione pozytywne doświadczenia, związane z otwartością, wrażliwością i dostępnością figury przywiązania. Występuje w nich wyraźne poczucie bezpieczeństwa w kontaktach z innymi ludźmi; odznaczają się wysokim poziomem satysfakcji w związkach, zaufaniem do osób bliskich. Cechują się pozytywnym obrazem innych oraz pozytywnym obrazem self. W sytuacjach trudnych czy kryzysowych mają dostęp do różnorodnych, efektywnych strategii radzenia sobie, w tym aktywnie szukają wsparcia innych ludzi (8, 9).

Styl lękowo-ambiwalentny – charakterystyczny jest dla osób, które posiadają liczne negatywne, jak i pozytywne doświadczenia z figurą przywiązania. Taka silna ambiwalencja przeżyć powoduje, iż osoby te nie mają stabilnego, pełnego zaufania ani do innych ludzi, ani do siebie. Reagują z lękiem i niepewnością na wiele sytuacji społecznych, zwłaszcza tych związanych z bliskimi osobami. Cechuje je często występujący niepokój o trwałość związku z bliską osobą oraz obawa przed jej utratą. Ów niepokój, powodujący w rezultacie niejednoznaczne zachowania wobec osób bliskich, wynika najczęściej z obniżonego poczucia bezpieczeństwa (8, 9).

Styl lękowo-unikowy – charakteryzuje tę grupę osób, u których przeważają negatywne doświadczenia z figurą przywiązania, często powodowane przeżyciem fizycznej czy emocjonalnej nieobecności obiektu przywiązania. Z powodu takich doświadczeń, w aktualnych relacjach z innymi ludźmi ich wewnętrzne modele operacyjne mogą aktywizować stały lęk przed byciem opuszczonym czy porzuconym przez bliską osobę. W związku z tym osoby te cechuje brak zaufania do innych ludzi oraz obawa przed własną zależnością od innych, co może sprawiać, iż będą one unikać nawiązywania głębokich kontaktów z ludźmi. Osoby ze stylem przywiązania unikowym w bliskich relacjach odczuwają zazwyczaj dyskomfort, napięcie; brak w nich spontaniczności i otwartości na intymny dialog. W trudnych czy kryzysowych sytuacjach mają tendencje do odcinania się od swoich emocji oraz aktywnie unikają wsparcia innych osób (8, 9).

Styl zdezorganizowany – powstaje wówczas, gdy uwewnętrznione zostały sprzeczne doświadczenia z figurą przywiązania – traktowana jest ona równocześnie jako bezpieczna baza, jak i źródło zagrożenia. Gdy w chwilach niebezpieczeństwa dziecko szukało pomocy u figury przywiązania, stawało w obliczu rozbieżnych impulsów, które jednocześnie kazały mu zbliżyć się do figury przywiązania, jak i jej unikać. Wydaje się, iż jest to sytuacja bez wyjścia, w której zależność od obiektu nie pozwalała na ucieczkę. Skutkiem takich doświadczeń jest, występująca u osób z tym stylem

przywiązania, dezorientacja w relacjach z innymi ludźmi, w których bliskość wywołuje przerażenie (7).

Z rezultatów badań podłużnych wynika, iż zgodność między stylami przywiązania w dzieciństwie a wzorcami wiązania się z drugim człowiekiem w dorosłości wynosi od 68% do ponad 80% (7). Przyjmując perspektywę psychopatologii jest to o tyle ważne, że tak jak bezpieczna, stabilna więź ma działanie ochronne i łączy się z brakiem występowania zaburzeń psychicznych, tak pozabezpieczne wzorce przywiązania korespondują z pojawieniem się, zarówno w okresie dzieciństwa, jak i w dorosłości, różnorodnych zaburzeń psychicznych, nieprawidłowych reakcji na stres, a także niedojrzałych mechanizmów obronnych (por. 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15). Innymi słowy, objawy psychopatologiczne, z perspektywy teorii przywiązania i psychodynamicznych, zgodnie z fundamentalną zasadą D.W. Winnicotta (16), iż to matka buduje podwaliny zdrowia psychicznego każdego dziecka, wiążą się ze skomplikowanymi relacjami interpersonalnymi, które nie pozwoliły na ukształtowanie się ufnego przywiązania (17).

Potwierdzają to badania na gruncie neurobiologii, w których stwierdza się, iż prawidłowy rozwój układu nerwowego dziecka oraz jego zdrowy rozwój psychiczny i osobowościowy zależą od dostrojonych reakcji ze strony figur przywiązania we wczesnym dzieciństwie: „rozwój mózgu wymaga interakcji z innym mózgiem i odbywa się w kontekście pozytywnej relacji matki i dziecka. Kiedy dziecko opuszcza łono matki, jego mózg – złożony z miliardów komórek – jest najmniej zróżnicowanym spośród wszystkich organów. Jego rozwój w dużej mierze zależy od sposobu, w jaki doświadczenia o charakterze interpersonalnym kształtują ‘genetycznie zaprogramowany proces dojrzewania układu nerwowego’” (7: 82, 6). Traumatyzujące kontakty z figurą przywiązania mają negatywny wpływ, poprzez szkodliwe działanie na układ nerwowy, na poczucie bezpieczeństwa w relacji przywiązania, strategię radzenia sobie ze stresem oraz poczucie tożsamości (6).

DEFICYT PRZYWIĄZANIA A UZALEŻNIENIE

Założenia teorii więzi stanowią fundament dla perspektywy, w której uzależnienie traktowane jest bezpośrednio jako wynik zaburzenia przywiązania i reakcja na zranienie/uszkodzenie self. Autorzy zakładają, 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 (1). Z tego punktu widzenia u osób z pozabezpieczanymi 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. Uzależnienie zatem staje się, podobnie jak narcyzm, wycofaniem się do fałszywości self – takiej osobowościowej organizacji jako sposobu unieważnienia potrzeby przywiązania. Zależność od substancji psychoaktywnej staje się więc zarówno konsekwencją, jak i rozwiązaniem uszkodzonej zdolności do rozwoju zdrowego przywiązania (1, 4, 18).

U osób charakteryzujących się rozwojem niekorzystnego wzorca przywiązania obserwuje się deficyty w obrębie struktur psychicznych i osobowościowych. Niewątpliwie, również u osób uzależnionych takie deficyty są szeroko obecne, co potwierdzają choćby dane o wysokim współwystępowaniu w grupie osób uzależnionych innych zaburzeń psychicznych (19, 20). Do deficytów takich zalicza się m.in. słabość ego, brak zdolności do samoopieki, czy trudności w utrzymywaniu poczucia własnej wartości (19, 21). Khantzian (3, 21) podkreśla ważność właściwej opieki i ochrony we wczesnym rozwoju dziecka dla utworzenia tych funkcji. Uważa, iż deprivacja w zakresie bezpiecznej, stabilnej, wrażliwej opieki nad dzieckiem ma dewastujące konsekwencje dla rozwoju zdrowych umiejętności. U osób uzależnionych identyfikuje cztery grupy zaburzonych zdolności: regulowania emocji, szacunku do siebie, czerpania satysfakcji ze wspólnej relacji z innym człowiekiem oraz troski o siebie. Funkcją substancji psychoaktywnej staje się zastąpienie brakujących umiejętności oraz struktur psychicznych i w ten sposób przywrócenie, przynajmniej częściowo, poczucia własnej wartości i wewnętrznej harmonii. Również Kohut, traktujący uzależnienie jako zaburzenie przynależące do grupy narcystycznych zaburzeń zachowania, w których objawy opierają się na poważnym zniekształceniu czy osłabieniu self, uważa, iż to właśnie fundamentalne zakłócenia w organizacji self powodują uciekanie się do substancji dla kompensacji deficytu struktury self (4, 18). Kohut twierdzi, że kiedy zdrowa organizacja self jest nieobecna, osoby są skłonne do uzależnień, ponieważ nie potrafią osiągnąć i utrzymać wewnętrznej koherencji, nie potrafią pocieszyć się sobą i są niezdolne do łagodzenia swoich stanów wewnętrznych (4). Uzależnienie staje się – w takich ujęciach – kompensującym, popędowym zachowaniem, będącym wyrazem desperackiej i powierzchownej próby podparcia uszkodzonego self. Kohut uważa, że substancja psychoaktywna traktowana jest przez osobę uzależnioną od alkoholu jako zastąpienie defektu w psychologicznej strukturze. Alkohol – jako iluzyjny self-obiekt – może być poszukiwany w miejsce odpowiednich struktur self, nie dla ich odbudowywania, a raczej dla dostarczenia natychmiastowych efektów, oferujących dodające otuchy uczucia kontroli, komfortu i triumfu nad problemami w ramach self. Takie szybkie i gratyfikujące efekty, to: zmiana w nastroju, spotęgowanie poczucia własnej wartości, wzrost energii, poczucie siły i pewności, zintensyfikowanie pozytywnych emocji i unieważnienie intensywnych, negatywnych doświadczeń (4). Ponieważ jednak są to efekty krótkoterminowe, powstaje potrzeba powtarzania takich sposobów rozwiązywania trudności, co z kolei wzmacnia spiralę uzależnienia. W ten sposób alkohol łączony jest z doświadczeniami ochrony i gratyfikacji potrzeb; może dostarczać funkcje, które w ego uzależnionego pacjenta są deficytowe z powodu braku uwewnętrznionych, wystarczających doświadczeń podlegania opiece innych

w dzieciństwie. Picie alkoholu staje się sposobem, za pomocą którego utracone psychiczne funkcje mogą być (omnipotentnie) zastąpione (4).

Badania kwestionariuszowe, bazujące na teoretycznych założeniach, że style przywiązania powstają w dzieciństwie, a znajdują swoje odzwierciedlenie w aktualnych związkach osoby z bliskimi, w tym w związkach partnerskich (22), wykazały, iż w grupach osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków dominującymi wzorcami przywiązania są wzorce pozabezpieczne (23, 24, 25). Nieufne wzorce przywiązania stanowią, statystycznie ujmując, znaczący czynnik ryzyka dla nadużywania alkoholu i uzależnienia (26), niezależnie od czynnika rodzinnego obciążenia alkoholizmem (27), choć należy zaznaczyć, iż uzależnienie rodzica jest czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo rozwinięcia pozabezpiecznych stylów przywiązania u dziecka (por. 20). Uzależnieni z pozabezpiecznymi stylami przywiązania osiągają wyższe wyniki w zakresie natężenia objawów zaburzeń psychicznych: depresyjności, schizoidalności i aleksytymii (23, 28), jak również wykazują niższy poziom zróżnicowania self (29, 30). Niektórzy autorzy (por. 1, 2) uważają, iż główną przyczyną wzrostu uzależnień na świecie jest to, że naturalne potrzeby przywiązania poświęcane są na rzecz norm kulturowych, akcentujących separację i indywidualację. Ważne, z perspektywy traktowania nieufnych stylów przywiązania jako czynnika ryzyka dla nadużywania alkoholu, są badania adolescentów i/lub studentów, obejmujące duże liczebnie grupy. Ich rezultaty wskazują, iż wysokie wyniki w obszarze lękowego przywiązania znacząco korelują z piciem wysokiego ryzyka alkoholu i doświadczeniem bardziej dotkliwych konsekwencji jego używania, jak również z używaniem narkotyków i papierosów (26, 31). Badania podłużne (dwuletnia obserwacja) wśród młodzieży (1.222 osoby), dotyczące czynników ryzyka i ochronnych dla ciężkich epizodów picia, wykazały, iż bezpieczne przywiązanie może mieć, obok kontroli rodzicielskiej, działanie chroniące przed sięganiem po alkohol i upijaniem się (32).

Ciekawym klinicznie sposobem opisywania trudności w nawiązywaniu bliskich, bezpiecznych więzi interpersonalnych u pacjentów uzależnionych od alkoholu są opisy z perspektywy budowania relacji terapeutycznej i przymierza terapeutycznego z tymi pacjentami. Uważa się, że ufna więź jest zawsze najlepszym predyktorem dobrego rezultatu we wszystkich formach terapii (1, 7). Psychoterapeuci i badacze psychodynamiczni podkreślają, iż zbudowanie i utrzymanie więzi z pacjentami uzależnionymi jest trudne, gdyż wielu pacjentów będzie nieświadomie testować terapeutów, by stwierdzić, czy oni również – jak figury przywiązania w przeszłości – będą ich traumatyzować (33). Pacjenci uzależnieni od alkoholu często będą demonstrować „przeciwzależną” postawę do leczenia, dla nieświadomego udowodnienia sobie, iż ich wszystkie potrzeby są spełniane przez substancję psychoaktywną. Taki psychiczny związek z substancją i korespondująca z nim niezdolność zwrócenia się do ludzkiej figury przywiązania stanowią ogromną trudność w kontekście możliwości leczenia osób uzależnionych od alkoholu (34). Z punktu widzenia psychoterapeutów psychodynamicznych niezdolność do nawiązywania zdrowych relacji jest ponadto jednym z głównych czynników przyczyniających się do nawrotów i powrotu do używania

substancji (1, 4). Stąd też uważa się, iż – dla zredukowania konsumpcji alkoholu – również lękowe przywiązanie powinno być celem oddziaływań terapeutycznych (28).

Flores (1, 2) podkreśla, 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. Wydaje się bowiem, 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 samotnych. W konsekwencji alkohol i inne substancje psychoaktywne służą łagodzeniu i pomniejszaniu uczuć samotności, bólu i cierpienia, a także (złudnemu) naprawieniu zranionego, osłabionego self (1, 3, 21). Używanie substancji jako próba reparacji zaostrza z kolei dysfunkcjonalne style przywiązania, ponieważ zależność od substancji wzmagą pogorszenie stanu struktur psychicznych i osobowościowych (1).

PODSUMOWANIE

Celem niniejszego artykułu było zaprezentowanie podstawowych założeń, traktujących uzależnienie od alkoholu z punktu widzenia teorii więzi. Warto zaznaczyć, że zarówno badacze z kręgu tej teorii, jak i autor artykułu traktują tę koncepcję jako jedną z wielu równoważnych koncepcji, dotyczących tematyki mechanizmów rozwoju uzależnienia. Wśród osób uzależnionych od alkoholu znajdują się bowiem również osoby z bezpiecznym stylem przywiązania (stanowią one ok. jedną trzecią grupy uzależnionych w przytaczanych w artykule badaniach), co może świadczyć o tym, iż wobec tej grupy osób uzależnionych większe zastosowanie miałyby inne modele etiopatogenezy uzależnienia.

W myśl przedstawianej w niniejszym artykule perspektywy, leczenie osoby uzależnionej od alkoholu polega na pomocy jej, poprzez silną relację terapeutyczną opartą na pracującym przymierzu, w rozwinięciu dojrzałej zdolności do wzajemności i przywiązania. W rezultacie ma to przerwać, wynikający z uzależnienia (i zarazem powodujący), cykl alienacji i izolacji (1). Dotychczasowa niezależność, bądź bardziej poprawnie – przeciwważność, była siłą, która wzmacniała pozycję narcystyczną i izolację osoby uzależnionej. Regulująca siła dojrzałej zależności czy bezpiecznego przywiązania wydaje się być absolutnie niezbędną, jeśli osoba uzależniona ma zrezygnować ze swojego „zaufania” do substancji na rzecz zaufania do drugiego człowieka (1).

PIŚMIENNICTWO

1. Flores PJ (2004) *Addiction as an attachment disorder*. Lanham: Jason Aronson Books.
2. Flores PJ (2007) *Group psychotherapy with addicted populations. An integration of Twelve-Step and psychodynamic theory*. New York: Routledge, Taylor and Francis Group.
3. Khantzian EJ (2007) *Treating addiction as a human process*. Lanham: Jason Aronson Books.
4. Weegmann M, Cohen R (red.) (2006) *The psychodynamics of addiction*. London and Philadelphia: Whurr Publishers.
5. Bowlby J (2007) *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
6. Schore A (2009) Zaburzenie regulacji prawej półkuli mózgowej: podstawowy mechanizm traumatycznego przywiązania i psychopatogenezy stresowego zaburzenia pourazowego. W: Murawiec S, Żechowski C (red.) *Od neurobiologii do psychoterapii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 71–121.
7. Wallin DJ (2011) *Przywiązanie w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
8. Cierpiałkowska L (red.) (2006) *Oblicza współczesnych uzależnień*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
9. Płopa M (2008) *Psychologia rodziny: teoria i badania. Metody badań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
10. Józefik B, Iniewicz G (red.) (2008) *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
11. Sroufe A (2005) Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 7(4), 349–367.
12. Atkinson L, Zucker K (1997) *Attachment and psychopathology*. New York, London: Guilford Press.
13. Schier K (2002) Psychiczne konsekwencje wczesnodziecięcej traumy. W: Cierpiałkowska L, Gościński J (red.) *Współczesna psychoanaliza. Teorie relacji z obiektem*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 183–195.
14. Rajewska-Rynkowska K (2005) Przywiązanie i trauma a psychopatologia. W: Cierpiałkowska L, Gościński J (red.) *Współczesna psychoanaliza. Modele konfliktu i deficytu*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 223–246.
15. Brisch KH (2002) *Treating attachment disorders. From theory to therapy*. New York, London: Guilford Press.
16. Winnicott DW (2010) *Dom jest punktem wyjścia. Eseje psychoanalityczne*. Gdańsk: Wydawnictwo Imago.
17. Johns J (2008) Sprzyjające otoczenie. W: Budd S, Rusbridger R (red.) *Współczesna psychoanaliza brytyjska. Podstawowe zagadnienia*. Warszawa: Oficyna Ingenium, 109–124.
18. Gościński J (2005) Geneza zaburzeń narcystycznych w koncepcji Heinza Kohuta jako przykład wystąpienia specyficznych deficytów w rozwoju self. W: Cierpiałkowska L, Gościński J (red.) *Współczesna psychoanaliza. Modele konfliktu i deficytu*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 185–202.
19. Gabbard GO (2009) *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
20. Cierpiałkowska L, Ziarko M (2010) *Psychologia uzależnień – alkoholizm*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
21. Khantzian EJ (1997) The Self-Medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 5, 231–244.
22. Tryjarska B (2012) Style przywiązania partnerów a tworzenie bliskich związków w dorosłości. W: Tryjarska B (red.) *Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 185–217.

23. Rick de A, Vanheule S, Verhaeghe P (2007) Alcohol addiction and the attachment system: an empirical study of attachment style, alexithymia, and psychiatric disorders in alcoholic inpatients. *Substance Use and Misuse*, 44, 1, 99–114.
24. Rick de A, Vanheule S (2007) Attachment styles in alcoholic inpatients. *European Addiction Research*, 13, 101–108.
25. Harnic D, Digiacomantonio V, Marzo di S (2010) P03–213. Temperament and attachment in patients with alcohol dependence. *European Psychiatry*, 25, 1280–1280.
26. Molnar D, Sadava S, DeCourville N, Perrier C (2010) Attachment, motivations, and alcohol: testing a dual path model of high-risk drinking and adverse consequences in transitional clinical and student samples. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 42(1), 1–13.
27. Vungkhanching M, Sher K, Jackson K, Parra G (2004) Relation of attachment style to family history of alcoholism and alcohol use disorders in early adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 75(3), 47–53.
28. Thorberg FA, Young R, Sullivan K, Lyvers M, Connor J, Feeney G (2011) Alexithymia, craving and attachment in a heavy drinking population. *Addictive Behaviors*, 36(4), 427–430.
29. Thorberg FA, Lyvers M (2006) Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors*, 31(4), 732–737.
30. Sachs K (2003) Treating alcoholism as a disorder of the self: insights from alcoholics anonymous. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21(2), 75–85.
31. Kassel JD, Wardle M, Roberts JE (2007) Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors*, 32, 1164–1176.
32. Danielsson A, Romelsjö A, Tengström A (2011) Heavy episodic drinking in early adolescence: gender-specific risk and protective factors. *Substance Use and Misuse*, 46(5), 633–643.
33. Cohen R (2006) The dynamics of addiction in the clinical situation. W: Weegmann M, Cohen R (red.) *The psychodynamics of addiction*. London and Philadelphia: Whurr Publishers, 53–71.
34. Weegmann M (2006) The vulnerable self: Heinz Kohut and the addictions. W: Weegmann M, Cohen R (red.) *The psychodynamics of addiction*. London and Philadelphia: Whurr Publishers, 31–49.

Adres do korespondencji:
Katedra Psychologii Klinicznej
Instytut Psychologii
ul. Staffa 1
85-867 Bydgoszcz
tel.: 606 308 270
e-mail: wyrzykowska.ewa@gmail.com

Otrzymano: 05.04.2012

Przyjęto: 02.07.2012

