

Beata Kozińska

TYP PRZYWIĄZANIA A ZDROWIE PSYCHICZNE

TYPE OF ATTACHMENT AND MENTAL HEALTH

Instytut Socjologii i Psychologii
Pracownia Psychologii Klinicznej i Psychoterapii
Uniwersytet Szczeciński
Kierownik pracowni: dr Anna Wolska

W artykule przedstawione są podstawowe założenia teorii przywiązania ze zwróceniem uwagi na dynamikę kształtowania się różnych typów przywiązania oraz ich znaczenie dla funkcjonowania społecznego w dorosłym życiu. Opisane są niektóre konsekwencje psychopatologiczne prezentowanych wzorców więzi. Wskazana jest użyteczność wiedzy z zakresu przywiązania w budowaniu relacji terapeutycznej i konstruowaniu celów terapii.

**attachment
mental health**

Summary: The article presents the main ideas and the application of M. Ainsworth's theory to psychotherapeutic practice. The dynamics of formation of different types of attachment was characterized – the author describes the nature of attachment and its meaning for mental health in adulthood. The review of literature points that the disorder presented during Strange Situations is the determinant of future difficulties, which are connected to cognitive-affective regulation and to the search for and use of social support. The results are found to be meaningful for problems of psychotherapy.

Wprowadzenie

Celem poniższego opracowania jest przedstawienie podstawowych założeń teorii przywiązania i jej zastosowania dla praktyki psychoterapeutycznej. Artykuł prezentuje dynamikę kształtowania się różnych typów przywiązania, ich charakterystykę oraz znaczenie dla zdrowia psychicznego w życiu dorosłym. Zwrócono uwagę na konsekwencje psychopatologiczne i terapeutyczne opisanych wzorców więzi.

Podstawowe założenia teorii przywiązania

J. Bowlby [1, 2, 3] — pionier teorii przywiązania — z etologicznej perspektywy przedstawił rozwój więzi uczuciowych (affectional bonds), jakie rozwijają się pomiędzy dzieckiem a jego podstawowymi opiekunami (głównie rodzicami). W wyniku prac kontynuatorów myśli Bowlby'ego powstała teoria niezwykle bogata intelektualnie, korzystająca z dorobku tak różnych dziedzin, jak psychologia fizjologiczna, teoria kontroli, psychologia rozwojowa, psychologia kognitywna i psychoanaliza. Według Bowlby'ego, kształtowanie więzi regulowane jest przez wrodzony motywacyjny system kontroli, który umożliwia

zaspokojenie fundamentalnych i uniwersalnych potrzeb bezpieczeństwa. Uzyskanie opieki oraz utrzymanie bliskości i kontaktu ze znaczącą osobą dorosłą nabiera szczególnego znaczenia w nowej czy nietypowej sytuacji oraz w obliczu zagrożenia. Tendencje do pozostawania w bliskości z figurą przywiązania nasilają się zatem w obliczu stresu, a separacja z dorosłym opiekunem wywołuje wówczas lęk i protest. Figura przywiązania jest traktowana jako „bezpieczny port” (safe haven) zapewniający opiekę i wsparcie w czasie choroby, niebezpieczeństwa lub zagrożenia. Dziecko niemal zaraz po urodzeniu rozwija system zachowań budujących więź (attachment behavior system), dzięki którym tworzy i utrzymuje specyficzny i intymny związek z dorosłymi opiekunami, od których pozostaje zależne. Oprócz funkcji ochronnej przed zagrożeniem, system zachowań budujących więź umożliwia bazowe uczenie się świata i innych, tworząc podwaliny do rozwoju zaufania do drugiej osoby i odgrywając zasadniczą rolę w społecznym i emocjonalnym rozwoju dziecka. O ile jednak więź nazywana przywiązaniem (attachment) charakteryzuje się pewną stałością, o tyle zachowania budujące więź (attachment behaviour) uruchamiane są tylko wówczas, gdy wymaga tego sytuacja. Okoliczności te dotyczą przede wszystkim subiektywnego poczucia potencjalnego zagrożenia, związanego z brakiem wiary czy zaufania (confidence) dziecka co do tego, że ważny opiekun jest w danej chwili dostępny (available) i zareaguje adekwatnie na sygnały o wsparcie i ochronę (responsive).

Mary Ainsworth i zastosowanie procedury badawczej tzw. obcej sytuacji (strange situations)

Zgodnie z teorią przywiązania, poczucie bezpieczeństwa, zwłaszcza na wczesnym etapie rozwoju, jest zależne od reakcji pierwszych dorosłych opiekunów (najczęściej matki) na ekspresję emocjonalną dziecka. Powtarzane wzorce i sekwencje zachowań opiekuńczych kształtują u dziecka wewnętrzną matrycę regulującą zachowania budujące więź. Ten wzorzec jest „aktywnym wewnętrznym modelem” (internal working model) i stanowi prototyp (schemat poznawczy) relacji interpersonalnych, determinujący jakość funkcjonowania osoby dorosłej w różnych kontekstach społecznych. Odkrycie tych zależności stało się możliwe przede wszystkim dzięki innowacyjnym pracom badawczym Mary Ainsworth i jej współpracowników [4]. Genialnie prosty eksperyment autorstwa Ainsworth nie tylko umożliwił empiryczną weryfikację koncepcji J. Bowlby’ego, ale też stał się punktem wyjścia i inspiracją dla rozwoju nowych kierunków poszukiwań teoretycznych i badawczych [5, 6, 7, 8]. Badanie w laboratoryjnych warunkach tzw. obcych sytuacji (strange situations) stanowiło ustrukturyzowaną procedurę obserwacji do badań nad przywiązaniem u dzieci jedno- i półtorarocznych [4]. Eksperyment składał się z ośmiu trzymiutowych epizodów. W pierwszym matka wraz z dzieckiem była zapraszana do laboratoryjnej sali zabaw, którą oboje widzieli po raz pierwszy. Następnie pozostawiano ich samych, pozwalając na oswojenie się z nowym otoczeniem (epizod drugi). Po trzech minutach do pokoju wchodził eksperymentator (obca osoba), która rozmawiała przez chwilę z matką i powoli inicjowała kontakt z dzieckiem (epizod trzeci). W epizodzie czwartym matkę proszono o opuszczenie pokoju i pozostawienie w nim dziecka na trzy minuty wraz z osobą prowadzącą eksperyment. Po upływie trzech minut matka powracała do pomieszczenia (epizod piąty), a następnie zarówno matka, jak i osoba prowadząca eksperyment opuszczali salę zabaw, a dziecko pozostawało samo (epizod szósty). Wkrótce do pokoju

wchodziła osoba obca, proponowała dziecku zabawę i ewentualnie pocieszała je (epizod siódmy). Po krótkim czasie powracała matka i osoba obca wycofywała się z pokoju (epizod ósmy). Reakcje, zarówno matki, jak i dziecka rejestrowano na taśmie wideo, a następnie poddawano dokładnej analizie, przy czym szczególną uwagę przywiązywano do analizy zachowania dziecka w czasie, gdy pozostawało bez matki. Oszacowania zachowania zarejestrowanego na taśmie dokonano za pomocą skal: poszukiwanie bliskości i kontaktu, utrzymywanie kontaktu, stawianie oporu, zachowanie unikające. Wyniki badań doprowadziły Ainsworth i jej współpracowników do wniosku, że zasadniczą funkcją przywiązania jest umożliwienie równoważenia pomiędzy zachowaniem mającym na celu utrzymanie bliskości z dorosłym oraz zachowaniem eksploracyjnym. Poczucie bliskości ze znaczącą dorosłą osobą, stanowiąc źródło poczucia komfortu i ukojenia, buduje rodzaj bezpiecznej bazy (secure base), umożliwiając nieskrępowane poznawanie otoczenia. Zdaniem M. Ainsworth, istnieje ścisły związek pomiędzy typami przywiązania a emocjonalnością matki, jej zachowaniem wobec niemowlęcia oraz stylem wychowania. Obserwacje matek towarzyszących dzieciom podczas badania dały podstawy do opisu zależności pomiędzy cechami opiekunek a kształtowaniem się więzi. Drobiazgowa analiza obserwacji relacji matka – dziecko w procedurze tzw. obcych sytuacji wykazała duże zróżnicowanie reakcji dzieci, niemniej stwierdzono, że można je skategoryzować w pewne wzorce. Za wyznacznik typu przywiązania uznano jakość i intensywność reakcji dziecka na obecność matki lub jej nieobecność.

Dogłębna analiza charakteru więzi ze szczególnym uwzględnieniem reakcji dziecka na powrót matki (epizod piąty i ósmy), doprowadziła M. Ainsworth, a potem kontynuatorów jej badań i rozważań teoretycznych do sklasyfikowania następujących podstawowych typów przywiązania:

- Bezpieczny (secure) typ przywiązania charakteryzował większość badanych dzieci (55–60%). Za wyróżnik typu przywiązania zapewniającego poczucie bezpieczeństwa uznano aktywność dziecka w poszukiwaniu i utrzymywaniu kontaktu i bliskości z matką, zwłaszcza po momencie separacji. Po powrocie do pokoju matka była witana przez dziecko w sposób szczególnie (uśmiech, przytulanie się). Podczas jej nieobecności dziecko mogło przejawiać w różnym nasileniu napięcie jako wyraz zaniepokojenia rozstaniem z nią, ale po ponownym spotkaniu pozwalało się szybko pocieszyć, a po chwili powracało do beztroskiej zabawy i eksploracji. Wykazano, że matki dzieci o bezpiecznym typie przywiązania zachowywały się w sposób czuły i opiekuńczy, pozostając dostępne i wrażliwe na potrzeby dziecka. Empatia, troska, skłonność do pomocy i adekwatne reagowanie na aktualne potrzeby dziecka, umożliwiały rozwój pewności siebie, co owocowało zachowaniami eksploracyjnymi, również kosztem oddalenia od matki, oraz szukaniem kontaktu z osobą nieznaną obecną w pokoju.

- Unikający typ przywiązania (avoidant) (około 23–25% dzieci) rozpoznawano u tych dzieci, które nie przejawiały napięcia czy niepokoju podczas rozstania z matką, a w momencie jej powrotu do pomieszczenia unikały lub ignorowały możliwość zbliżenia się do niej (oddalanie się, odwracanie głowy lub wzroku, bezustanna uwaga skierowana na zabawki). Choć dzieci o unikającym typie przywiązania po ponownym spotkaniu z matką nie okazywały emocji, to jednak zaobserwowano u nich silną fizjologiczną aktywację. Kiedy matka przebywała w pokoju, dziecko uważnie ją obserwowało, podobnie jak badającego. Matki

dzieci o unikającym typie przywiązania cechowała mała wrażliwość na potrzeby dziecka i nieczułość. Zachowywały się w sposób odrzucający, powściągliwy, reagując dyskomfortem na kontakt cielesny [9]. Przejawiały tendencję do porzucania dzieci w sytuacjach, gdy te przeżywały stres i napięcie. Dziecko, którego opiekun odrzuca potrzeby, rozwija zachowania unikające: w sytuacji stresu unika kontaktu z opiekunem, zapobiegając w ten sposób ponownemu odrzuceniu i minimalizując wyrażane emocje.

- Typ przywiązania z oporem (resistant) (ok. 12–18%), nazywany także ambiwalentnym, charakteryzował te dzieci, które w sytuacji eksperymentu reagowały wyraźnym lękiem na sytuację rozstania z matką, a po jej powrocie długo nie mogły dość do siebie: ujawniały nasilone zachowania lgnące, agresywnie odpychały matkę, bądź pozostawały zupełnie pasywne. Widoczne było wahanie między pragnieniem bliskości i pragnieniem wyrażenia złości — dzieci trwały w buncie i oporze przeciwko zbliżaniu się matki, zarazem okazując silny lęk w sytuacji opuszczenia przez nią pokoju. Jednocześnie dziecko, mimo zachęty ze strony drugiego dorosłego, wykazywało niewiele ochoty do zabawy eksploracyjnej. Obserwacje matek dzieci o typie przywiązania z oporem podczas badania wykazywały w swoim zachowaniu znaczną nieadekwatność i brak konsekwencji. W relacji z dzieckiem zachowywały się w sposób niemożliwy do przewidzenia dla dziecka, a często intruzyjny, reagując raczej na swój niepokój niż na emocje dziecka i koncentrując się bardziej na swoich potrzebach niż na potrzebach dziecka [10]. Taka niestabilna relacja toruje drogę do wykształcenia zachowania ambiwalentnego u dziecka.

- Zdezorganizowany typ przywiązania (insecure-disorganized-disoriented) (ok. 15% badanych dzieci), nie da się zakwalifikować do żadnej z wyżej wymienionych grup, albowiem stanowi niespójną mieszankę trzech przytoczonych powyżej typów. Zdezorganizowany typ przywiązania obejmuje również te zachowania dzieci w trakcie badania, które wykraczały poza granice normy i obejmowały nieklasyfikowalne reakcje typu: bezcelowe, nieskoordynowane zachowania, zamieranie w bezruchu, kiedy matka powracała do pokoju. Dzieci wykazywały nasilony lęk i wydaje się, że nie udało im się wytworzyć ani żadnej formy afektywnej obrony, ani spójnej strategii przywiązania. Dzieci unikały kontaktu z opiekunem, odwracały od niego twarz, albo odchodziły w innym kierunku. Ten typ przywiązania odzwierciedla najmniej skonsolidowany sposób radzenia sobie z trudnymi interpersonalnymi sytuacjami i pozostaje w związku z poważniejszymi formami psychopatologii. Według Lyons-Ruth i Spielman [11] zdezorganizowany typ przywiązania pozostaje w związku z rodzicielskimi nierozwiązanymi doświadczeniami traumatycznymi i doświadczeniami utraty — to napięcie znajduje swój wyraz w zachowaniu rodziców, także w relacji z dzieckiem, co wywołuje dziecięcy niepokój czy wręcz przerażenie. Niespójne zachowanie matki odzwierciedla się w zakłóceniu emocjonalnej komunikacji, np. przemawianiu łagodnym głosem do dziecka towarzyszyło jednoczesne odwracanie się od niego lub śmiech w reakcji na jego niepokój i napięcie. Nasilenie niepokoju przeżywane przez rodziców to nierozwiązywalny paradoks dla dziecka — rodzice stanowią dla niego zarazem źródło lęku, jak i bezpieczeństwa. Inne badania pokazują, że około 80% dzieci nadużywanych fizycznie i seksualnie należy do tej grupy [12]. Lyons-Ruth [13] wyróżnia dwie grupy dzieci o zdezorganizowanym typie przywiązania, które określa jako zdezorganizowane zbliżenie (disorganized approach) i zdezorganizowane unikanie (disorganized avoidant). Matki dzieci z typem przywiązania „zdezorganizowane unikanie” wykazują

sprzeczność w odrzucaniu i poszukiwaniu uwagi dziecka. Opiswane są jako przejawiające wrogość wobec dziecka i skupione na sobie w tworzeniu z nim więzi. Matki dzieci o typie przywiązania „zdezorganizowane zbliżanie” zachowują się w sposób bezradno-lękowy i wycofują się z relacji z dzieckiem. Nie okazują w sposób otwarty wrogości ani napastliwości, ale unikają kontaktu z dzieckiem albo wykazują w trakcie interakcji z nim wahanie, co sprawia, że nie mogą stanowić dla niego oparcia, ani nie tworzą warunków do powstania więzi. Dzieci, poszukując z nią kontaktu, jednocześnie ujawniają oznaki konfliktu, obawy, niepewności, bezradności, dysforii oraz zdezorganizowanego zachowania, takie jak zamieranie, upadanie na podłogę, powstrzymywanie się od czegoś? Inne badania [14] potwierdzają założenia o doświadczeniach bycia ofiarą przemocy u matek dzieci ze zdezorganizowanym typem przywiązania. Te wyszczególnione grupy dzieci dają podstawę do wyróżnienia tzw. zachowań karzących i opiekuńczych, dzięki którym dzieci o zdezorganizowanym typie przywiązania ustalają kontrolę w relacjach z innymi. Karząco-wrogie lub troskliwo-opiekuńcze kontrolujące zachowania ujawniają się już w wieku szkolnym. Zabawy dzieci o stylu karząco-agresywnym są bardziej chaotyczne, z elementami zagrożenia, natomiast dzieci o stylu opiekuńczym mają tendencję do zatapiania się w fantazje.

Dokładne i sukcesywne badania relacji przywiązania, w takich samych warunkach u wielu dzieci, doprowadziły do konkluzji, że wyrazem najzdrowszego typu przywiązania jest optymalny poziom pewności siebie u dziecka, który przejawia się zorganizowaniem, zaangażowaniem i pomysłowością w zabawie w warunkach, gdy w sali zabaw obecna jest matka. Dzieci o typie przywiązania niezapewniającym poczucia bezpieczeństwa bawiły się i działały w sposób znacznie bardziej ograniczony. Nieprawidłowe zachowania w warunkach tzw. nietypowych sytuacji uznano za prognostyk przyszłych trudności psychologicznych.

Typ przywiązania a funkcjonowanie w życiu dorosłym

Istnieje wiele badań wskazujących na związek pomiędzy typem przywiązania u osób dorosłych a zaburzeniem w funkcjonowaniu psychologicznym [15, 16, 17, 18]. Doświadczenia w relacji z dorosłym opiekunem stanowią jeden z istotnych predyktorów przyszłego funkcjonowania emocjonalnego i społecznego dziecka. Formułując teorię przywiązania, Bowlby [19] położył nacisk na znaczenie typu przywiązania dla rozumienia przebiegu zarówno prawidłowego, jak i zaburzonego rozwoju. Utrzymywał, że typ przywiązania może pomóc wyjaśnić wiele form emocjonalnego dystresu i zaburzeń osobowości, włączając w to lęk, złość, depresję, emocjonalną obojętność, dla których ukształtowania znaczące są doświadczenia separacji i straty. Kształtowane w dzieciństwie przywiązanie leży u podstaw zarówno zdolności tworzenia emocjonalnych więzi, jak i całego zakresu dysfunkcji w życiu dorosłym, włączając w to problemy małżeńskie i trudności z dziećmi, a także nerwicowe symptomy i zaburzenia osobowości. W ten sposób Bowlby podkreślał długofalowe znaczenie wczesnodziecięcych doświadczeń w zakresie tworzenia więzi z opiekunami jako głównych determinantów w obszarze kształtowania cech osobowości i psychologicznych dysfunkcji.

Badania wskazują, że w życiu dorosłym osoby z bezpiecznym typem przywiązania posiadają zdolność do tworzenia emocjonalnych więzi z innymi, a zarazem tolerują

i dobrze funkcjonują w warunkach rozdzielania z osobą znaczącą. Osiągają coraz wyższe poziomy dojrzałości w ustalaniu relacji z innymi i samookreślaniu, co znajduje swój wyraz w zdolności do miłości i pracy [20]. Ich obraz siebie jest zasadniczo pozytywny, realistyczny, wewnętrznie zróżnicowany i zintegrowany [15].

Badania, przeprowadzone wśród osób dorosłych, które zaklasyfikowano do unikającego typu przywiązania wykazywały wzrost przewodnictwa skóry w trakcie rozmów dotyczących separacji, odrzucenia, skutków dzieciństwa dla obecnego życia, przyczyn zachowywania się rodziców, zmian w relacji z rodzicami od czasu dzieciństwa. Badani wkładali wiele wysiłku w minimalizowanie negatywnych aspektów i znaczenia dziecięcych doświadczeń, ale jednocześnie następował u nich znaczący wzrost fizjologicznego stresu [16]. Przeprowadzone w późniejszym czasie badania wśród osób dorosłych, i analiza ich wyników, doprowadziły K. Bartholomew [21] do zidentyfikowania wśród osób z unikającym typem przywiązania dodatkowo dwóch typów: bojaźliwego (fearful) i oddalającego (dismissing). Opisy rodziców osób z bojaźliwym typem zawierały takie cechy, jak wrogość, nieżyczliwość, skłonność do karania. Pod względem złożoności konceptualnej i zróżnicowania wewnętrznego opisy te były zbliżone do opisów tworzonych przez osoby o bezpiecznym typie przywiązania. Badani wykazywali zdolności do tolerowania sprzeczności i różnorodności w opisach rodziców, na co wskazuje przywoływanie ich zarówno negatywnych, jak i pozytywnych cech. Z kolei osoby z dystansującym się typem przywiązania w opisie swoich rodziców prezentowały uboższe charakterystyki, mniej zróżnicowane wewnętrznie, mniej rozwinięte, mniej złożone konceptualnie. Przejawiali tendencję do tworzenia spolaryzowanego, zero-jedynkowego obrazu, przedstawiając albo wysoce wyidealizowany obraz rodziców, albo opisując ich jako jedynie karzących czy pozbawionych ciepła. Skłonność do tworzenia czarno-białego obrazu rodziców i unikanie ambiwalencji we wspomnieniach mogą sugerować trudności w tolerowaniu sytuacji trudnych, stanowiących źródło stresu i wywołujących napięcie [22]. Hazan i Shaver [20], podobnie jak Main i wsp. [23], opisali typ przywiązania z oporem, nazywany też ambiwalentnym, w kategoriach nasilonego poszukiwania opieki i lęku przed opuszczeniem. Zaabsorbowanie relacjami z innymi, charakterystyczne dla osób z typem przywiązania pozabezpiecznym z oporem może zatem znajdować wyraz w nasilonej tendencji do poszukiwania opieki (care-seeking), ale też w nadmiernej skłonności do roztaczania opieki nad innymi (care-giving). Dla osób z tej pierwszej grupy celem nawiązywania i utrzymywania relacji jest uzyskiwanie poczucia bezpieczeństwa. Opisując swoją matkę wskazują na jej nieprzewidywalność, niedostępność, brak empatii i wrażliwości w reagowaniu. W życiu dorosłym osoby te tworzą związki pozbawione cechy wzajemności, pojawia się raczej tendencja do „zawieszania się” na innych w celu uzyskania opieki i wsparcia. Niski jest u nich poziom samoskuteczności (self-efficacy), a za to nasilone poczucie zależności, samokrytycyzmu i niepokoju. Podwyższone są także wskaźniki aleksytymii. Słaba jest zdolność do odróżniania swoich potrzeb i uczuć od potrzeb i uczuć innych osób. Osoby o typie przywiązania z oporem z nasiloną tendencją do otaczania opieką innych prezentują wyższy poziom dojrzałości. W relacjach z matką w dzieciństwie doświadczyli odwrócenia ról, co oznacza, że to one zaspokajały jej potrzebę bezpieczeństwa. W funkcjonowaniu tych badanych stwierdzono dojrzsze formy regulacji emocji, a obraz Ja oceniono jako bardziej dojrzały i zintegrowany.

Dzieci o zdeorganizowanym typie przywiązania są narażone na wiele różnych negatywnych doświadczeń wcześniej niż dzieci o innym typie przywiązania. Większa jest ich skłonność do zachowań wrogich i agresywnych wobec innych dzieci już w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym [24]. Inne badania wykazały, że dzieci, u których występuje zdeorganizowany typ przywiązania różnią się w wieku 6 lat od innych dzieci w obszarze inwersji ról z rodzicami, skłonności do katastroficznych fantazji, powstrzymywania się od reakcji, zdeorganizowanej i niepełnej rozmowy. Main i Cassidy [25] wyróżnili dwa typy dzieci: kontrolująco-karzące — z tendencją do obraźliwego rozkazywania rodzicom, a nawet ich upokarzania i poniżania, oraz kontrolująco-opiekuńcze — ze skłonnością do zachowań przesadnie opiekuńczych. Lyons-Ruth odnosząc się do dwóch podtypów zachowania zdeorganizowanego, przypuszcza, że mogą one ewoluować w kierunku stylów rodzicielskich — wrogiego i bezradnego. Osoby z typem przywiązania wrogo-karzącym utrzymują dystans w relacjach z innymi poprzez powstrzymywanie się od wyrażania emocji i ciągłe kontrolowanie innych. Jako rodzice dyscyplinują swoje dzieci przez stosowanie przymusu, tłumienie złości dziecka, przedwczesne zachęcanie dziecka do autonomii.

Z kolei osoby z typem przywiązania bezradno-lękowym tworzą styl życia polegający na poświęcaniu się dla innych kosztem własnych potrzeb, co w efekcie powoduje wypieranie i tłumienie własnego emocjonalnego życia. Pełniąc rodzicielskie role jednostki te przejawiają skłonności do przeżywania lęku i poczucia przytłoczenia spowodowanych wymaganiami dziecka, co wzmacnia ich poczucie bezradności i tendencję do wycofywania się.

Typ przywiązania a psychopatologia

Dla kształtowania umiejętności samoregulacji i regulacji w bliskich związkach fundamentalne znaczenie ma zdolność dorosłych opiekunów do adekwatnego odczytania, interpretowania i reagowania na emocje dziecka. Poprzez procesy selektywnego wzmacniania czy modelowania uwagi dorosłych buduje się emocjonalna ekspresja dziecka, a później dorosłego. Wyobrażenia dziecka co do przebiegu i charakteru interakcji budowane są zatem na bazie typowych, powtarzających się wzorców relacji. Stern [26] nazywa te zgeneralizowane reprezentacje interakcji „schematami bycia z...” (a-schema-of-being-with). Emocjonalne doświadczenia z pierwszymi osobami znaczącymi i związane z nimi oczekiwania ukształtowane przez typowe wzory interakcji organizują w następstwie i regulują aktywność dziecka wobec opiekunów i — na dalszych etapach rozwoju — wobec ważnych emocjonalnie osób. Dostępność, bliskość i wrażliwość dorosłego opiekuna na potrzeby dziecka tworzą bazę do kształtowania postawy pewności siebie w poznawaniu otoczenia, inicjowaniu nowych relacji oraz utrwalaniu przekonania o dostępności wsparcia w obliczu sytuacji stresowej. Gdy opiekunowie zachowują się w sposób odrzucający i nieprzewidywalny, nieadekwatny do potrzeb i uczuć dziecka, intensyfikują jego niepokój. Wówczas brak poczucia bezpieczeństwa staje się fundamentalną częścią modelu przywiązania. Dla zredukowania napięcia, zachowanie dziecka będzie zmierzać do dostosowania się do zachowania osoby dorosłej poprzez nadmierne domaganie się uwagi i opieki, bądź też dystansowanie się, wycofanie i dążenie do uzyskania coraz wyższego poziomu samowystarczalności [27]. Brak wrażliwości i przewidywalności w zachowaniu opiekuńczym prowadzi do stylu przywiązania opartego na braku poczucia bezpieczeństwa (insecure) oraz do dysfunkcji w interpersonalnym funkcjonowaniu [28, 29]. Ponadto, pierwsze, pre-

symboliczne reprezentacje związku pomiędzy Ja i otoczeniem odgrywają niezwykle ważną rolę w kształtowaniu poczucia Ja. Blass i Blatt [30] podają, że rozwój więzi ma wpływ na jakość związków, na zdolność człowieka do wchodzenia w stałe relacje i utrzymanie ich oraz na umiejętność zintegrowania ich w poczucie Ja w związkach z innymi.

W piśmiennictwie proponuje się jednak zrelatywizowanie wpływu wczesnodziecięcej więzi na dorosłe życie, co pozwoli na oddramatyzowanie „wyroku” przywiązania opartego na braku poczucia bezpieczeństwa. Dornes [12] podaje, że dzieci przywiązane lękowo przeważnie nie były ciężko zaniedbane i/lub strauatyzowane. Obserwacje i praktyka wskazują, że rodzice dzieci z przywiązaniem lękowym prezentowali mniejszą wrażliwość i adekwatność reakcji na sygnały dziecka, niż rodzice dzieci z bezpiecznym typem przywiązania. Jako osoby dorosłe dzieci te nie należą do grupy „psychopatologicznych przypadków”, ale raczej do szerokiego spektrum normalności. Jednocześnie jednak uznać należy, że dzieci z lękowym typem przywiązania mają większe szanse rozwinięcia problemów psychicznych pod wpływem obciążających czynników.

Argumentem na rzecz trwałości typów przywiązania są wyniki badań Kirkpatricka i Hazan [31], wskazujące, że 70% respondentów wybrało ten sam typ przywiązania cztery lata po pierwszym badaniu. Warto tu jednak podkreślić, że wyniki te oznaczają jednocześnie, iż pozostałe 30% (prawie jedna trzecia) wybrało inny typ przywiązania, niż cztery lata wcześniej. Sugerowałoby to, iż typ przywiązania w dzieciństwie nie jest jedynym determinantem funkcjonowania w bliskich związkach. Według Hazan [32] doświadczenia z różnych związków osób dorosłych mogą modyfikować typ przywiązania wykształcony w dzieciństwie: osoby z bezpiecznym typem przywiązania, które w wieku dorosłym były w nieudanym związku, mogą w następstwie ujawniać lękowy typ przywiązania (unikający lub ambiwalentny). Natomiast udany związek może spowodować wzrost zaufania interpersonalnego oraz intensyfikację poczucia bezpieczeństwa w relacji, co prawdopodobnie zaowocuje zmianą typu przywiązania na bardziej bezpieczny. Levitt [33] utrzymuje, że chociaż typ przywiązania wykształcony w dzieciństwie jest z pewnością istotnym czynnikiem wpływającym na związki romantyczne osób dorosłych, to jednak duże znaczenie mają także inne determinanty, np.: zdolność rozumienia innych ludzi, oczekiwania, normy kulturowe, system wartości. Wyrazem takiego właśnie poglądu jest komentarz Fonagy’ego: „przeszłość nie musi być przeznaczeniem” [34, s. 116].

Typ więzi a zdolność do regulacji emocji

Potrzeba samoregulacji jest obecna u dziecka już od pierwszych dni życia i ma znaczący wpływ na jego relację z opiekunami. Stanowi ona jego pierwszą próbę swoistej samodzielności, poczucia sprawstwa i kontroli. W dialogu między matką i dzieckiem występuje naturalna asymetria. Matka jako osoba dorosła wie i potrafi więcej, odgrywa też bardziej aktywną rolę w kształtowaniu wzajemnej relacji. Jeśli matka w sposób optymalny dostraja się do sygnalizowanych potrzeb dziecka, to możliwy staje się harmonijnie przebiegający „wspólny taniec” między nimi. Opiekuńcza adekwatność w pielęgnacji dziecka umożliwia regulowanie poziomu pobudzenia dziecka w sposób najbardziej dla niego optymalny: uspokajając zmęczone czy głodne dziecko opiekunowie sprawiają, że jego przykre podniecenie opada i może powrócić stan równowagi. Dzięki temu dziecko przejmuje sposoby regulacji pobudzenia, ucząc się samouspokajania w chwilach niepokoju

czy stresu. Kiedy dochodzi do „mylenia kroków w tańcu”, dziecko doświadcza nieadekwatnej reakcji na swoje sygnały. W przypadku nadmiernego reagowania (np. ignorowania prób samoregulacji, zachowań natrętnych lub przesadnie kontrolujących) może dojść do wycofania dziecka z relacji i unikania kontaktu.

Jednocześnie jednak nadmierna wrażliwość na stan dziecka może utrudniać proces różnicowania się dziecka od matki i wywoływać u niego lęk przed „byciem pochłoniętym”. W przypadku natomiast niewystarczającej wrażliwości na potrzeby dziecka, dochodzi do „spłaszczania” emocjonalnej relacji matka – dziecko, pozbawionego entuzjazmu i ciepłych uczuć. W sytuacji gdy poziom pobudzenia i napięcia emocjonalnego matki pozostaje zbyt niski w stosunku do potrzeb dziecka, może to prowadzić do rozwinięcia deficytu w obszarze dziecięcej sprawczości i kontroli [12]. Jednym z ważniejszych rezultatów badań Ainsworth [4] nad więzią było odkrycie związku między wrażliwością matki i typem przywiązania u dziecka: u dzieci, których matki były wrażliwe na sygnały od nich, częściej stwierdzano bezpieczny typ przywiązania. I odwrotnie — gdy matka ignorowała potrzeby dziecka i nie reagowała na nie prawidłowo, z większym prawdopodobieństwem przewidywano rozwój lękowego typu przywiązania. U dzieci matek odpychających i odrzucających może rozwinąć się przywiązanie unikające, natomiast u dzieci matek niespójnych w swoim zachowaniu (tzn. na przemian wrażliwych i odpychających lub nadopiekuńczych) częściej stwierdzano ambiwalentny typ przywiązania.

Psychologia kognitywna sugeruje, że poznawcze komponenty typów przywiązania działają jako wewnętrzne struktury organizujące sposób myślenia, przeżywania i działania w zdarzeniach odnoszących się do relacji. Zgodnie z takim rozumieniem, teoria przywiązania jest przede wszystkim teorią regulacji emocji [35], a funkcjonowanie poznawczych składników typów przywiązania odgrywa szczególną rolę w sytuacji stresu [2] przez różnicowanie zakresu i intensywności doświadczanych przykrych emocji oraz sposobów zmagania się ze stresem [36, 37]. Bezpečny typ przywiązania zwiększa prawdopodobieństwo stosowania skutecznych strategii regulacji emocjonalnej [38] oraz uruchamiania strategii radzenia sobie ze stresem w sposób skoncentrowany na problemie i poszukiwanie wsparcia [37].

Aktywacja systemu przywiązania u tych jednostek wyraża się nasileniem dostępności myśli o intymności i miłości, co może przynosić ulgę, komfort i obniżyć poziom napięcia wywołanego stresem [39]. Osoby o unikowym typie przywiązania dążą do utrzymania niezależności i autonomii — nawet kosztem odrzucenia wsparcia — obronnie hamując myśli o poszukiwaniu pomocy i świadomie negując potrzebę miłości i pomocy. Dorośli prezentujący unikowy typ przywiązania przejawiają skłonność do powstrzymywania negatywnych uczuć przez ograniczenie przyznawania się do dystresu — nie ujawniają uczuć, jednocześnie jednak prezentują wysoki poziom lęku autonomicznego, wyrażanego wskaźnikami fizjologicznymi. Charakterystyczne dla jednostek o typie unikającym jest adaptowanie mechanizmu „kompulsywnego polegania na sobie” (compulsive self-reliance) [1]. Strategia ta polega na podkreślanii autonomii i polegania na sobie, pomniejszaniu znaczenia bliskich relacji, utrzymywaniu dystansu wobec figury przywiązania, deprecjowaniu roli źródła stresu i hamowaniu ekspresji negatywnych uczuć. Dzięki tej strategii osoby o stylu unikającym redukują lęk przed społecznym odrzuceniem ograniczając ją do niższych poziomów świadomości [36]. Z kolei osoby z ambiwalentnym typem przy-

wiązania w obliczu zagrożenia stosują pasywne, skoncentrowane na emocjach strategie radzenia sobie ze stresem [37, 38] — kierują uwagę na wewnętrzny dystres, ruminują negatywne myśli, wspomnienia i emocje, co może prowadzić do intensyfikacji napięcia [37, 40] i dezadaptacji [41]. Jednostki te cechuje brak wewnętrznych mechanizmów kontroli, koniecznych dla skutecznej regulacji emocji, co w następstwie powoduje duże trudności ze zdystansowaniem się od przytłaczającego wewnętrznego cierpienia [42].

Inny model wyjaśniający znaczenie psychicznego odzwierciedlenia opiekuna dla rozwoju mechanizmów regulacji emocji u dziecka został stworzony przez Fonagy'ego [43]. Autor ten utrzymuje, że sama wrażliwa opieka matczyna nie stanowi wystarczająco dobrego predyktora jakości więzi. Fonagy, odwołując się do stworzonego przez Biona pojęcia funkcji kontenerującej (containment), uznał, że zdolność matki do pomieszczenia w sobie stanów uczuciowych dziecka (szczególnie tych negatywnych) odgrywa najbardziej znaczącą rolę w rozwoju jego mechanizmów samoregulacji. Aktywna regulacja emocji dziecka przez matkę i „tłumaczenie” ich na język ciała, stanowi dostępny percepcji małego dziecka system sygnałów dostarczający mu podstaw do rozumienia swoich stanów emocjonalnych. Dzieci wykazują wrażliwość na „społeczne lustro”, czyli na opiekunów naśladujących ich mimikę i gesty, i wczesnie zaczynają imitować mowę ciała dorosłych. To intersubiektywne doświadczenie szukania podobieństw między Ja i inny, umożliwia dziecku odkrycie siebie i odnalezienie się w innym. Podstawową zdolnością umożliwiającą bycie „duchowym lustrem” dla dziecka jest zdolność matki do samorefleksji. Zdolność ta jest definiowana jako umiejętność ujmowania zachowań i postaw (zarówno własnych, jak i innych ludzi) w kategoriach umysłowych z metapoziomu.

Badania przeprowadzone pod kierownictwem Fonagy'ego wskazują na silny związek pomiędzy jakością przywiązania rodziców (przede wszystkim matek) i ich dzieci (80% zgodności bezpiecznego przywiązania i 73% zgodności przywiązania lękowego). Wydaje się więc, że bezpieczne czy pozbawione poczucia bezpieczeństwa przywiązanie jest w jakiś sposób przekazywane z pokolenia na pokolenie. Jedną z możliwych interpretacji odwołuje się do międzypokoleniowego przekazywania mechanizmów obronnych: dzieci matek z lękowym przywiązaniem przejmują prawdopodobnie sposoby regulacji emocji uruchamiane przez nie. Dziecko obserwuje, jak matka radzi sobie ze swoimi i jego uczuciami. W ten sposób uczy się ono, na przykład, strategii unikania, gdy unikająca matka nie reaguje na jego emocjonalne sygnały. Proces ten został tu oczywiście bardzo uproszczony, w rzeczywistości przebiega w bardziej subtelny i złożony sposób [12].

Problemy w relacji jako kryteria dla diagnostyki zaburzeń

Problematyka relacji interpersonalnych pełni znaczącą rolę nie tylko w zakresie definiowania normy i patologii, ale też jest istotna dla zrozumienia genezy i mechanizmów zaburzenia, a wreszcie dla terapii dysfunkcyjnego zachowania. Interpersonalne relacje mogą być rozumiane jako względnie stabilne wzorce funkcjonowania w związkach z partnerami, rodzicami czy rówieśnikami, z podkreśleniem wzajemnej troski, zaangażowania i gotowości do udzielania wsparcia. Szersze rozumienie fenomenu relacji uwzględnia także niepowodzenia w tworzeniu związków, wywołane np. społecznym wycofaniem, lękiem czy skłonnością do zachowań destrukcyjnych.

Przeгляд aktualnego psychiatrycznego systemu klasyfikacji zaburzeń Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV ujawnia fundamentalne znaczenie społecznego aspektu funkcjonowania i interpersonalnych problemów w relacji dla diagnostyki poszczególnych zaburzeń. Wśród niektórych zaburzeń u osób dorosłych problemy w relacji występują jako centralne cechy: jest to szczególnie widoczne w diagnostyce fobii społecznej, gdzie podstawowymi kryteriami są „nasilony i uporczywy lęk w jednej lub większej ilości społecznych sytuacji lub występu publicznego, w których osoba jest wystawiona wśród obcych ludzi lub możliwa jest analiza jej przez innych. Unikanie, niespokojne oczekiwanie lub zmartwienie w strachliwych społecznych sytuacjach lub sytuacjach występu publicznego przeszkadza znacząco w normalnym funkcjonowaniu osoby”. W diagnostyce PTSD jednym z kryteriów jest uczucie obojętności lub zniechęcenia do innych. Społeczne wycofanie i niewłaściwe społeczne zachowanie („Społeczna/zawodowa dysfunkcja”) współwystępują z wieloma formami schizofrenii. Również zaburzenia, które pozornie definiowane są poza interpersonalną domeną, często odnoszą się pośrednio do kryteriów relacji. Na przykład nadużywanie substancji odurzających jest rozpoznawane wówczas, gdy obserwuje się: „Kontynuowanie używania substancji, mimo że posiadanie uporczywych lub powracających społecznych lub interpersonalnych problemów spowodowane jest lub pogarszane przez skutki tej substancji”.

Problemy w relacji odgrywają szczególnie znaczącą rolę w diagnostyce zaburzeń osobowości. Wszystkie one są scharakteryzowane przez odniesienie do znacznych dysfunkcji w interpersonalnych relacjach i/albo w odniesieniu do dysfunkcji sfery emocjonalnej (zależność, aspołeczność). Na przykład, zaburzenie borderline jest charakteryzowane przez głębokie zranienie i ekstremalną labilność w relacjach, w których partnerzy są idealizowani i dewaluowani. Osoby z narcystycznym zaburzeniem osobowości mają powierzchowne relacje i domagają się skrajnej idealizacji. Osobowość histrioniczną cechuje zależność od otoczenia i egocentryczna tendencja do manipulowania otoczeniem, uwodzicielskie zachowanie ma umożliwić uzyskanie romantycznej relacji. Z kolei osoby z antisocjalnym zaburzeniem osobowości charakteryzuje trwała niezdolność do związków uczuciowych z innymi ludźmi oraz pozbawiony zaangażowania emocjonalnego stosunek do życia seksualnego. Wyznacznikami osobowości schizotypowej są z kolei: lęk społeczny, izolowanie się od ludzi oraz kłopoty z komunikacją (dziwaczność), dla osobowości schizoidalnej charakterystyczne są chłodne, niezaangażowane związki emocjonalne z tendencją do wycofywania się ze świata ludzi.

Zaburzenia w obrębie relacji często poprzedzają indywidualną patologię, a z kolei dobra relacja jest źródłem siły wzmacniającą odporność na przeciwności losu. Byłoby zbyt dużym uproszczeniem stwierdzenie, że określone doświadczenia w relacji bezpośrednio prowadzą do patologicznego rezultatu, mimo to pewne jest, że doświadczenia w relacji często są decydującym kontekstem dla pojawienia się patologii. Takie czynniki jak rodzicielskie surowe traktowanie (niechęć, krytycyzm, odrzucenie) oraz rażąca konsekwencja w traktowaniu dziecka, choć nie mogą być jednoznacznie uznane za bezpośrednie przyczyny zaburzeń, to jednak niewątpliwie stanowią czynniki ryzyka dla psychopatologii. Zaburzenia relacji mogą być również traktowane jako czynniki determinujące indywidualną psychopatologię, jeśli uwzględni się ich rolę w tworzeniu fundamentalnych wzorów kontroli emocjonalnej. W takim znaczeniu pewne modele relacji mogą inicjować rozwój

w kierunku nieadaptacyjnych wzorców funkcjonowania. W następstwie symptomatologia charakterystyczna dla jednostki przynosi zaburzenie w obszarze relacji.

Mary Main i badania nad przywiązaniem u osób dorosłych

Interesujący wątek badań nad znaczeniem wczesnodziecięcych doświadczeń dla funkcjonowania w życiu dorosłym przyniosły badania M. Main i jej współpracowników [23]. Podstawą do analizy stały się wyniki przeprowadzone autorską metodą Adult Attachment Interview (AAI). W wywiadzie osoby dorosłe proszone były o opis relacji z rodzicami, z uwzględnieniem doświadczeń poczucia straty, odrzucenia i rozłąki. Analiza transkryptu materiału badawczego pozwoliła na utworzenie reprezentatywnych wzorców relacji analogicznych do schematu zachowań dzieci w procedurze tzw. obcej sytuacji. Wzorce te nie przejawiały się jednak w opisie wydarzeń wczesnodziecięcych, lecz w sposobie, w jakim zostały zapamiętane. Main odkryła bowiem, że dorośli, którzy mieli szczególnie trudne dzieciństwo nie zawsze charakteryzowali się typem przywiązania opartego na braku poczucia bezpieczeństwa (insecure).

Pierwotnie Main i jej współpracownicy wyróżnili 3 zasadnicze wzorce przywiązania dorosłych: autonomiczny (autonomous), wycofujący się (dismissing) i zaangażowany (preoccupied). Autonomiczni dorośli, podobnie jak bezpieczne dzieci, mieli gotowy i spójny dostęp do wielu pozytywnych i negatywnych uczuć związanych z ich pierwszymi ważnymi opiekunami. Wycofujący dorośli minimalizowali emocje, które mogły być przyczyną ich dysfunkcji: idealizowali wczesne doświadczenia i opisywali bolesne wydarzenia w sposób spreczny wewnętrznie i niespójny. Zaangażowani dorośli czuli się przytłoczeni przez afekty kojarzone ze wczesnymi doświadczeniami.

Zaproponowana przez Main klasyfikacja typów przywiązania uległa w czasem rozwinięciu, stając się użyteczną koncepcją dla diagnostyki stylów funkcjonowania w relacjach. W przeciwieństwie do Ainsworth [4], która zaproponowała rozłączne kategorie typów przywiązania, Main zasugerowała umiejscowienie wzorców przywiązania na dymensji: regulacja afektu i struktura psychologiczna. Na jednym końcu owego kontinuum znajduje się unikający typ przywiązania, gdzie swobodna ekspresja uczuć jest minimalizowana, emocje i wspomnienia związane z więzią w okresie wczesnodziecięcym podlegają przesadnej cenzurze (tzw. deaktywacja). Osoby, które znajdują się w tej kategorii mogą być scharakteryzowane jako obsesyjne, narcystyczne i schizofreniczne. Na drugim końcu kontinuum umiejscowiony jest typ przywiązania zaangażowany. Uczucia i wspomnienia odnoszące się do relacji są rozregulowane i przytłaczające (tzw. hiperaktywacja): emocje są rozmyte lub „zalewające”. Niektóre jednostki z tej kategorii mogłyby zostać opisane jako histeryczne lub zależne. Bezpieczna/autonomiczna kategoria znajduje się pośrodku kontinuum: struktura i uczucia są zbalansowane, a uczucia, także te negatywne, są uznane i wyrażane w spójny sposób. Czwarta kategoria — typ przywiązania zdeorganizowany — stanowi skrajną formę typu zaangażowanego i jest charakteryzowana przez nielogiczność i dezorganizację. Do tej grupy klasyfikowani są często pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń osobowości typu borderline. Kategoria ta często łączona jest z traumatycznym doświadczeniem wczesnodziecięcym i uczuciami straty. I wreszcie ostatnia kategoria typu przywiązania, która nie może być jednoznacznie umiejscowiona na opisywanym kontinuum

— zawiera cechy charakterystyczne dla różnych typów przywiązania opartych na braku poczucia bezpieczeństwa.

Analiza struktury wypowiedzi i koncentracja na procesie opowiadania niesie ze sobą implikacje znaczące zarówno dla obszaru psychologii klinicznej, jak i praktyki psychoterapeutycznej. Dla Main zdolność do przedstawienia przeszłych doświadczeń w sposób spójny i wewnętrznie zgodny stanowi najważniejszy aspekt poczucia bezpieczeństwa osób dorosłych. Oznacza to, że podczas wywiadu jednostka współpracuje z prowadzącym rozmowę, wyjaśniając niejasne kwestie i sprawdzając, czy wszystko zostało poprawnie zrozumiane, ujawniając umiejętność dystansowania się i humoru wobec wydarzeń z przeszłości, również tych związanych z doświadczeniem bólu czy dyskomfortu. Badania nad monitorowaniem doświadczeń wczesnodziecięcych z poziomu metapoznania zainicjowane przez Main i kontynuowane przez Petera Fonagy'ego i jego wsp. [44, 45], doprowadziły do przekonania, że spójność, logiczność, wiarygodność i przejrzystość treści sygnalizują zdolność do refleksji nad wewnętrznym doświadczeniem w sposób złożony i dynamiczny. Oznacza to, między innymi, że wszystkie aspekty doświadczenia mają dostęp do świadomości bez zniekształceń, a jednoczesne czynności poznawcze umożliwiają rozwój funkcji refleksyjnej. Refleksja jest tym, co umożliwia nadanie sensu psychologicznym doświadczeniom, pozwala zrozumieć i przewidywać zachowanie innych, przystosować się do różnych sytuacji interpersonalnych, daje podstawy do głębszego i bardziej złożonego przedstawienia siebie, swoich wewnętrznych doświadczeń i intymnych związków. Ostatecznie refleksja zapewnia ochronę przed destrukcyjnymi następstwami nadużyć i traumy.

Jeremy Holmes [47] utrzymuje, że proces terapeutyczny powinien obejmować zarówno „opowiadanie historii”, jak i jej analizę. Wyodrębnia on trzy prototypy patologii w zdolności do opowiadania: trzymanie się określonych historii, poczucie wszechogarnięcia i przytłoczenia przez nieopowiedziane doświadczenie oraz niemoc w znalezieniu środków, które by oddały traumatyczne przeżycia. Ponieważ relacja terapeutyczna jest rodzajem przywiązania, dlatego wiedza z zakresu teorii przywiązania może być bardzo użyteczna dla lepszego rozumienia procesu terapeutycznego, jego pożądanego celu i zachowania pacjentów w trakcie terapii. W pracy z unikającymi pacjentami terapia zmierza do znalezienia dróg uświadomienia i ekspresji pewnych uczuć poprzez analizę historii. Osoby z unikającym typem przywiązania zwykle ograniczają swoje doświadczenia emocjonalne i przeżywają trudności w nazwaniu aktualnie, bądź w przeszłości przeżywanych uczuć. Zdolność tych pacjentów do tworzenia bliskich związków (w tym związku terapeutycznego) jest znacznie ograniczona. Strategiami dystansowania się od uczuć jest używanie bezosobowej formy (np. „człowiek w takiej sytuacji może poczuć złość”) lub nadmierne zaufanie do intelektu („myślę, że mogłem poczuć smutek”). Osoby z typem przywiązania unikającym zwykle uważają terapię za proces bardzo trudny i wymagający. W relacji mogą się prezentować jako chłodne, nieobecne, często umniejszające wartość związków i uczuć. Pacjenci ci mogą też mieć tendencję do zaprzeczania potrzeby terapii, starając się odwrócić uwagę terapeuty od pewnych problemów.

Dla kontrastu terapia z osobami, które charakteryzuje zaangażowany typ przywiązania, skupia się na powolnym tworzeniu struktur dla regulacji uczuć. Tacy pacjenci są często nadmiernie przytłoczeni i dręczeni przez uczucia. Zadaniem terapeuty jest znalezienie przyczyny dezorganizacji i utrzymanie struktury umożliwiającej bezpieczne i pogłębione

przeżycie uczuć. Często wydaje się, że pacjenci ci niewiele wynoszą z terapii, a ich rozumienie i uczestniczenie w relacji wydaje się bardzo powierzchowne. Osoby z zaangażowanym typem przywiązania często wyolbrzymiają swoje uczucia i potrzeby. Mogą mieć tendencję do uzależniania się od terapeuty, czego wyrazem może być oczekiwanie dodatkowych spotkań, prośby o radę. W następstwie sytuacja terapii zaczyna przypominać relację dorosły – dziecko.

Dzięki istnieniu przymierza terapeutycznego, terapeuta może stać się bezpieczną bazą dla pacjenta umożliwiając mu poradzenie sobie z trudnymi emocjami i lękiem, jakie pojawiają się w trakcie pracy terapeutycznej. Relacja terapeutyczna oparta na poczuciu bezpieczeństwa może dostarczyć korygującego doświadczenia interpersonalnego dla pacjenta, dzięki któremu wzrastają jego zdolności samoregulacji emocji i funkcjonowania interpersonalnego [48].

Zakończenie

Powyżej przytoczone klasyfikacje typów przywiązania dają możliwość porządkowania informacji i ułatwiają diagnozę kliniczną. Każda z opisanych wcześniej kategorii typów przywiązania zawiera w sobie historię tworzenia relacji i wzorców relacji oraz wynikłego następstwa w postaci utrwalonych mechanizmów regulacji poznawczej i emocjonalnej, wpływających na stan zdrowia psychicznego, oraz indywidualnej zdolności do tworzenia i korzystania ze wsparcia społecznego. Wnioski te są znaczące, zwłaszcza dla problematyki związanej z zagadnieniami psychoterapii.

Przeszłość pacjenta ma ogromny wpływ na jego stosunek do terapeuty, świadomość oczekiwań co do wyników terapii, oraz jego gotowość do tworzenia relacji terapeutycznej. Stopień zaangażowania jednostki jest bardzo różny i zależy od poczucia bezpieczeństwa w relacji. Nawet gdy terapeuta reaguje w sposób empatyczny i wrażliwy, to reakcja pacjenta może być zgodna z pewnymi wzorami zachowań (również kosztem zniekształcania informacji), jakimi kierował się przez całe dotychczasowe życie.

Piśmiennictwo

1. Bowlby J. Attachment and Loss, vol. 1: Attachment. New York: Basic Books; 1969.
2. Bowlby J. Attachment and Loss, vol. 2: Separation, anxiety and anger. New York: Basic Books; 1973.
3. Bowlby J. Attachment and Loss, vol. 3: Sadness and depression. New York: Basic Books; 1980.
4. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situations. Hillsdale, New York: Erlbaum; 1978.
5. Ainsworth MDS. Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love. Baltimore, MD: John Hopkins University Press; 1967.
6. Ainsworth MDS. Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the mother–infant relationship. *Develop. Psychol.* 1969; 40: 969–1025.
7. Ainsworth MDS. Attachment beyond infancy. *Am. Psychol.* 1989; 44(4): 709–716.
8. Ainsworth MDS, Tracy RL, Lamb ME. Infant approach behavior as related to attachment. *Child Develop.* 1967; 47: 571–578.

9. Ainsworth MDS, Tracy RL. Maternal affectionate behavior and infant–mother attachment patterns. *Child Develop.* 1981; 52: 1341–1343.
10. Cassidy J, Berlin L. The insecure/ambivalent pattern of attachment: theory and research. *Child Develop.* 1994; 65: 971–991.
11. Lyons-Ruth K, Spielman E. Disorganized infant attachment strategies and helpless–fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Ment. Health J.* 2004; 25 (4): 318–335.
12. Sidor A. Nie samym mlekiem żyje niemowlę. *Nowiny Psychologiczne.* 2003; 2: 21-37.
13. Lyons-Ruth K. Attachment and psychopathology. *Infant Ment. Health J.* 1998; 19 (4): 451–453.
14. Lyons-Ruth K, Block D. The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Ment. Health J.* 1996; 17 (3): 257–275.
15. Blatt SJ, Levy KN. Attachment theory, psychoanalysis, personality development and psychopathology. *Psychoanal. Inquiry* 2003; 23 (1): 102–152.
16. Dozier M, Kobak RR. Psychophysiology in attachment interview: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Develop.* 1992; 63: 1473–1480.
17. Jones EE. Introduction to the special section of attachment and psychopathology: part I. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1996; 64(1): 5–7.
18. Main M. Introduction to the special section of attachment and psychopathology: part II. Overview of the field of attachment. *J. Cos. Clin. Psychoz.* 1996; 64 (2): 237–243.
19. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds: etiology and psychopathology in light of attachment theory. *Brit. J. of Psychiatry.* 1977; 130: 201–210.
20. Hazan C, Shaver P. Love and work: an attachment theoretical perspective. *J. Person. Soc. Psychol.* 1990; 59: 270–280.
21. Bartholomew K. Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *J. Person. Soc. Psychol.* 1990; 67: 147–178.
22. Mikulincer M, Orbach I, Iavnieli J. Adult attachment styles and affect regulation: strategic variations in subjective self-other similarity. *J. Person. Soc. Psychol.* 1998; 75: 436–448.
23. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. W: Bretherton I, Waters E, red. *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development; 1985, s. 66–104.
24. Lyons-Ruth K. Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *J. Cos. Clin. Psychol.* 1996; 64 (1): 64–73.
25. Main M, Cassidy J. Categories of response to reunion with the parent at age 6: predictable from infant attachment classifications and stable over a 1 month period. *Develop. Psychol.* 1988; 24: 415–426.
26. Stern DN. One way to build a clinically relevant baby. *Infant Mental Health J.* 1994; 15(1): 9–25.
27. De Wolff MS, van IJzendoorn MH. Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Develop.* 1997; 68: 571–591.
28. Dozier M, Stoval KC, Albus KE, Bates B. Attachment and psychopathology in adulthood. W: Cassidy J, Shaver PR, red, *Handbook of attachment*. New York: Guilford; 1999: 497–519
29. Greenberg MT. Attachment and psychopathology in childhood. W: Cassidy J, Shaver PR, red, *Handbook of attachment*. New York: Guilford; 1999: 469–496.
30. Blass RB, Blatt SJ. Attachment and separateness. *The Psychoanalytic Study of the Child*; 1992: 47: 189–203.

31. Kirkpatrick LA, Hazan C. Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Person. Relationships*; 1994; 1, 123–142.
32. Dwyer D. *Bliskie relacje interpersonalne*. Gdańsk: GWP; 2005.
33. Levitt MJ. Attachments and close relationships: A life-span perspective. W: Gewirtz JL, Kurtines WM, red, *Interactions with attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1991.
34. Fonagy P, Steele M, Steele H, Moran GS, Higgitt AC. The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health J*. 1991; 12, 3: 201–218.
35. Baumgart M. Psychoanalyse und Sauglingsforschung: Versuch einer Integration unter Berücksichtigung methodischer Unterschiede. *Psyche* 1991; 45: 780–809.
36. Mikulincer M, Florian V. The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. W: Simpson JA, Rholes WS, red, *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press; 1998: 143–165.
37. Mikulincer M, Florian V, Tolmacz R. Attachment styles and fear of personal death: a case study of affect regulation. *J. Person. Soc. Psychol.* 1990; 58, 2: 273–280.
38. Mikulincer, M, Florian V, Weller A. Attachment styles, coping strategies and posttraumatic psychological distress: the impact of the Gulf War in Israel. *J. Person. Social Psychol.* 1993; 64, 5: 817–826.
39. Shaver PR, Hazan C. Adult romantic attachment: theory and evidence. W: Perlman D, Jones W, red, *Advances in personal relationships*. London: Jessica Kingsley; 1993: 29–70.
40. Mikulincer M, Birnbaum G, Woddis D, Nachmias O. Stress and accessibility of proximity-related thoughts: exploring the normative and intraindividual components of attachment theory. *J. Person. Social Psychol.* 2000; 78, 3: 509–523.
41. Mikulincer M, Orbach I. Attachment styles and repressive defensiveness: the accessibility and architecture of affective memories. *J. Person. Social Psychol.* 1995; 68: 917–925.
42. Manne S, Glassman M, Du Hammel K. Intrusion, avoidance and psychological distress among individuals with cancer. *Psychosomat. Med.* 2000; 63: 658–667.
43. Mikulincer M. Adult attachment style and information processing: individual differences in curiosity and cognitive closure. *J. Person. Soc. Psychol.* 1997; 72, 5: 1217–1230.
44. Fonagy P, Steele M, Moran G, Steele H, Higgitt A. Measuring the ghost in the nursery. *Bulletin of Anna Freud Centre*. 1996; 14: 115–131.
45. Fonagy P. The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health J*. 2003; 24, 3: 212–239.
46. Fonagy P. Psychoanalytic theory from the viewpoint of attachment theory and research. W: Cassidy J, Shaver PR, red, *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press; 1999, s. 595–623.
47. Holmes J. The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*; 2002; 8, 4: 555–558.
48. Holmes J. Values in psychotherapy. *Am. J. Psychother.* 1996; 50, 3: 259–273.

Adres: Instytut Socjologii i Psychologii
ul. Krakowska 71–79
71-017 Szczecin