



Agata Stępnicka-Markowska

Akademia Górnośląska,
im. Wojciecha Korfantego w Katowicach
Katowice, Polska
e-mail: agata.stepnicka-markowska@akademiagornoslaska.pl

TRAUMA PRZYWIĄZANIA, POZABEZPIECZNE WZORCE PRZYWIĄZANIA A ROZWÓJ PSYCHOPATOLOGII

ATTACHMENT TRAUMA, INSECURE ATTACHMENT AND THE DEVELOPMENT OF PSYCHOPATHOLOGY

Słowa kluczowe: trauma przywiązaniowa, dezorganizacja przywiązania, psychopatologia, krzywdzenie, symptomy dysocjacyjne
Keywords: attachment trauma, attachment disorganization, psychopathology, abuse, dissociative symptoms

Streszczenie

Artykuł podejmuje zagadnienie związku między doświadczeniem traumy przywiązaniowej, niepowodzeniem w wytworzeniu bezpiecznego przywiązania a rozwojem zaburzeń psychopatologicznych. Trauma przywiązaniowa to urazy doświadczone w relacji z figurą przywiązania we wczesnym okresie rozwoju, których konsekwencją jest lęk przed bliskością i zależnością od drugiego człowieka. Powodem urazów przywiązaniowych są różne formy krzywdzenia dzieci, w tym przemoc, nadużycia, niedostępność emocjonalna czy zaniedbania. Sytuacje zagrożenia uruchamiają u dziecka biologicznie uwarunkowany system przywiązania, który motywuje go do szukania wsparcia i ochrony u opiekuna, który jest jednocześnie źródłem zagrożenia i przyczyniają się do rozwoju dezorganizacji przywiązania. Doświadczenie traumy przywiązania i dezorganizacja przywiązania są uważane za czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń psychopatologicznych. Zaburzenia spowodowane traumą w dzieciństwie mają wspólne podłoże patogenetyczne w procesach dysocjacyjnych będących skutkiem dezorganizacji przywiązania oraz zróżnicowany obraz kliniczny. Próbę wyjaśnienia związku między rodzajem pozabezpiecznego stylu przywiązania a różnorodnością zaburzeń psychopatologicznych podjęli Ein-Dor i Doron w transdiagnostycznym modelu przywiązania i psychopatologii.

Abstract

The article deals with the issue of the connection between the attachment trauma, disruption in the important process of bonding, and tendency to psychopathologic disorders. Attachment trauma is a trauma experienced in the early stage of development between a baby and his or her caregiver. The consequence of that is the fear of being close and dependent on another human being. This trauma is caused by various forms of child abuse including violence, abuse, emotional inaccessibility and neglect. Emergency situations trigger the child's biologically conditioned attachment system, which motivates him or her to seek support and protection from the caregiver, who is at the same time a source of that threat and contributes to the attachment disorganization. The experience of attachment trauma and the attachment disorganization are considered to be the risk factors for the development of psychopathologic disorders. Disorders caused by childhood trauma have a common pathogenetic background in dissociative processes resulting from disorganized attachment and a diverse clinical picture. Ein-Dor and Doron attempted to explain the relationship between the type of insecure attachment style and the variety of psychopathological disorders in the transdiagnostic model of attachment and psychopathology.

WPROWADZENIE

Psychoterapeuci w swojej pracy często towarzyszą pacjentom w zmaganiu się ze skutkami doświadczonej traumy. Szczególnie urazowy charakter i rozległe konsekwencje dla psychologicznego funkcjonowania osób mają te doświadczenia, które powstały we wczesnym okresie rozwoju, powtarzały się i powstały w relacji z bliskimi dla dziecka osobami. Bliska więź jaka kształtuje się między dzieckiem a obiektem przywiązania jest czynnikiem chroniącym dziecko przed negatywnymi konsekwencjami traumy. Jednocześnie, jeśli ta więź przyczynia się do powstania urazu lub zostaje nadwyrężona w jego konsekwencji, wówczas dziecko staje przed zadaniem uruchomienia dostępnych mu sposobów radzenia w celu zachowania tej najcenniejszej dla niego więzi. Judith Herman pisze, że: „uraz powtarzający się w dzieciństwie osobowość kształtuje i zniekształca. Dziecko uwięzione w wykorzystującym je środowisku staje przed przerażającym zadaniem adaptacji. Musi znaleźć sposób na zachowanie zaufania do ludzi, którzy nie są tego zaufania godni, poczucia bezpieczeństwa w sytuacji, która stanowi zagrożenie, poczucia kontroli w warunkach całkowicie nieprzewidywalnych, siły – w obliczu zupełnej bezradności” [Herman, 1998, s.106].

Wczesnodziecięce traumy doświadczane w relacji z bliskimi opiekunami określane jako trauma przywiązania mają głęboki i złożony wpływ na dalszy rozwój dziecka i jego zdrowie psychiczne [Allen i in., 2014]. Zgodnie z teorią przywiązania w warunkach zagrożenia następuje aktywacja systemu przywiązania uruchamiająca zachowania związane z szukaniem bliskości [Bowlby, 2007]. Dostępna figura przywiązania jest wówczas źródłem ochrony, poczucia bezpieczeństwa i wsparcia, co ma miejsce w przypadku bezpiecznej więzi. Natomiast pozabezpieczne wzorce więzi odzwierciedlają niepowodzenie regulujących właściwości relacji przywiązanie-opieka i konieczność uruchomienia wtórnych strategii przywiązania, zarówno adaptacyjnych, jak i nieadaptacyjnych. Czynnikiem pośredniczącym pomiędzy doznaną traumą przywiązania a jakością funkcjonowania osoby jest ukształtowany wzorzec przywiązania.

W artykule zostały przedstawione podstawowe tezy teorii przywiązania Johna Bowlby'ego dotyczące aktywacji systemu przywiązania w sytuacji zagrożenia oraz tworzenia mentalnych reprezentacji figury przywiązania u osób z pozabezpiecznym wzorcem przywiązania. Następnie omówiono zagadnienie traumy przywiązaniowej, czyli urazów doświadczanych w relacjach z bliskimi we wczesnym okresie życia oraz sytuacje będące źródłem tych urazowych doświadczeń ze szczególnym uwzględnieniem krzywdzenia emocjonalnego. Kolejno zostały zaprezentowane mechanizmy dezorganizacji przywiązania będącej konsekwencją doświadczonej traumy przywiązaniowej oraz omówiony został związek między dezorganizacją więzi a możliwością rozwoju psychopatologii.

PRZYWIĄZANIE I AKTYWACJA SYSTEMU PRZYWIĄZANIA

Uczuciowa więź jaka tworzy się pomiędzy dzieckiem a jego opiekunem ma ogromne znaczenie dla zdrowego rozwoju. Doświadczenie tej pierwszej relacji odnaleźć można później w bliskich związkach osoby i jej relacjach z otoczeniem społecznym. John Bowlby ujmuje przywiązanie jako część motywacyjno-behawioralnego systemu przywiązania, które ma charakter wrodzony i instynktowny. Jego celem jest utrzymywanie bliskości dziecka z opiekunem, która ma zapewnić mu ochronę oraz poczucie bezpieczeństwa, a w rezultacie przetrwanie [Bowlby, 2007]. Celem zachowań przywiązaniowych nie jest jednak wyłącznie fizyczna obecność figury przywiązania, ale również jej emocjonalna dostępność, czyli zdolność do dostrzegania potrzeb dziecka i empatycznego reagowania na nie. Trwały dostęp do źródła wsparcia i pocieszenia stanowi również cel zachowań przywiązaniowych [Bowlby, 2007, 1980]. Przywiązanie zależy nie tylko od realnej dostępności figury przywiązania, ale także od tego jak dziecko ocenia dostępność opiekuna, a ta z kolei pozostaje pod wpływem jego wewnętrznych przeżyć, np. zmęczenia czy przeszłych doświadczeń [Wallin, 2011]. Dziecko w relacji z opiekunem rozwija swój indywidualny styl proszenia o pomoc i ukojenie w chwilach zagrożenia, który opisywany jest jako wzorzec przywiązania. Prace Ainsworth, a następnie Main doprowadziły do wyróżnienia czterech wzorców przywiązania – bezpiecznego, lękowo-ambivalentnego, lękowo-unikowego i zdeorganizowanego [Ainsworth i in., 1978, Main, Solomon, 1990]. Wzorce te różnią się przyjętym przez dziecko rodzajem strategii do-

tyczącym regulowania swoich emocji w sytuacji utraty bezpieczeństwa i odzwierciedlają sposób, w jaki rodzic traktował i przeżywał dziecko.

Aktywacja systemu przywiązania prowadzi do poszukiwania bliskości z figurą przywiązania, która w przypadku małych dzieci oznacza fizyczną dostępność bliskiej osoby lub przywołanie jej zinternalizowanego obrazu w przypadku dzieci starszych i dorosłych. Zostają zatem uruchomione pierwotne strategie przywiązania, które służą regulowaniu emocji [Bowlby, 2007]. Figura przywiązania dostępna i reagująca na potrzeby jednostki przyczynia się do poczucia bezpieczeństwa, łagodzi stres i budzi pozytywne emocje, takie jak miłość, wdzięczność czy ulga, w rezultacie czego dochodzi do wygaszenia aktywacji systemu przywiązania. Natomiast niedostępność figury przywiązania powoduje niepewność przywiązania oraz wzrost napięcia i dyskomfortu, co prowadzi do uruchomienia wtórnych strategii przywiązania – hiperaktywacji, dezaktywacji lub kombinacji obu. Wybór określonej strategii w dużej mierze przebiega w sposób nieświadomy i automatyczny oraz zależy od subiektywnej oceny dostępności figury przywiązania i szans na zmniejszenie napięcia i zagrożenia [Mikulincer, Shaver, 2007]. Strategie hiperaktywacyjne mają swoje źródło w relacji z niepewną lub niewystarczająco responsywną figurą przywiązania, której zachowanie w relacji z dzieckiem odznaczało się brakiem spójności i przewidywalności, na niektóre potrzeby dziecka opiekun reagował i je zaspakajał, a na inne nie. Polegają one na wyolbrzymionym i intensywnym podejmowaniu działań w celu uzyskania bliskości i wsparcia oraz dostrzeganiu zagrożeń dla niej. Osoby dorosłe są rozdarte między pragnieniem bliskości i lękiem przed jej utratą, co w kontaktach z innymi wiąże się z nadmierną zależnością albo kontrolą. Z kolei strategie dezaktywacyjne wiążą się z przeświadczeniem o niedostępności figury przywiązania. Dziecko nie ma zaufania do rodzica, który w sytuacjach zagrożenia był nieobecny, niedostępny emocjonalnie, karzący lub odrzucający próbę nawiązania kontaktu. Odrzucone i nieakceptowane dziecko z obawy przed ponownym zranieniem uruchamia strategie obronnego przystosowania się obejmujące zaprzeczanie potrzebom przywiazaniowym i unikanie przeżywania uczuć. Osoby z ambiwalentnym wzorcem przywiązania używają strategie hiperaktywacyjne, a osoby z unikowym wzorcem przywiązania strategie dezaktywacyjne. Dla zdeorganizowanego wzorca przywiązania charakterystyczne jest używanie naprzemian strategii hiperaktywacyjnych i dezaktywacyjnych [Mikulincer, Shaver, 2007].

Wewnętrzne modele operacyjne (WMO) w teorii Bowlby'ego ujmowane są jako poznawczo-afektywne reprezentacje obiektu przywiązania, reprezentacji dziecka i wzajemnych relacji między nimi. Tworzą się one na podstawie doświadczeń dziecka w relacji z rodzicem, stanowią wiedzę o dostępności i responsywności figury przywiązania i są podstawą do tworzenia przewidywań odnośnie relacji z innymi. Main rozwijając koncepcję wewnętrznych modeli ujmowała je w sposób dynamiczny i operacyjny, jako zbiór reguł kierujących procesami poznawczymi, emocjonalnymi, zachowaniem, planami i oczekiwaniami w zakresie doświadczeń związanych z figurą przywiązania [Main i in., 1985]. Ukształtowane w dzieciństwie modele operacyjne wykazują dużą stabilność w czasie, a jednocześnie podlegają modyfikacji poprzez aktualizowanie doświadczeń w relacji z bliskimi osobami, które podważają wczesne modele [Liotti, 2004; Mikulincer, Shaver, 2007]. Mentalne reprezentacje dotyczące figury przywiązania i obrazu siebie wpływają na utrzymywanie lub wygaszanie aktywacji systemu przywiązania. Aktywacja systemu przywiązania u osób przywiązanych bezpiecznie powoduje wzrost dostępności reprezentacji pozytywnych i wspierających relacji z opiekunem, myśli o doświadczaniu miłości, bliskości, bezpieczeństwa i wsparcia. U osób z pozabezpiecznym przywiązaniem ocena zagrożenia przywołuje negatywne myśli i bolesne wspomnienia w relacji z opiekunem, obejmujące doświadczenia opuszczenia, odrzucenia czy zranienia [Mikulincer, Shaver, 2007].

Osoba może tworzyć kilka różnych modeli operacyjnych w obrębie jednej relacji przywiazaniowej. U osób z bezpiecznym przywiązaniem modele te będą spójne i elastyczne umożliwiając dostęp osobie do informacji odnoszących się do relacji przywiązania. Natomiast u osób związanych w sposób pozabezpieczny są niespójne, sztywne i mało elastyczne, co jest konsekwencją działania mechanizmów obronnych. Bowlby opisał dwa rodzaje mechanizmów obronnych – izolację oraz obronne wykluczenie, do którego zaliczył dezaktywację i poznawcze rozłączanie [Bowlby, 1980]. Obronne wykluczenie polega na utrzymywaniu w nieświadomości rozbieżnych modeli operacyjnych, aby chronić self przed uświadomieniem bolesnych doświadczeń trudnych do zaakceptowania. Może przyjmować formę dezaktywacji w której następuje zaprzeczanie znaczenia potrzeb przywiazaniowych, co ma miejsce

u osób z unikowym wzorcem przywiązania. Natomiast poznawcze rozłączenie charakterystyczne dla osób lękowych ma na celu oddalenie od prawdziwego źródła zagrożenia i dyskomfortu poprzez doświadczanie rozbieżności między emocjami i zachowaniem a sytuacjami będącymi źródłem lęku. Izolacja systemów to mechanizm obronny porównywany do dysocjacji. Polega na istnieniu różnych modeli self, którym odpowiadają odrębne wewnętrzne modele operacyjne. Reprezentacje self są oddzielone od siebie, w określonym momencie aktywowany jest tylko jeden model self i jeden WMO [Marszał, 2008].

TRAUMA PRZYWIĄZANIA I JEJ PRZYCZYNY

Psychologiczna trauma definiowana jest zazwyczaj jako wydarzenie zagrażające, nieuniknione i nie do zniesienia o charakterze jednorazowym lub ciągłym wobec którego osoba odczuwa strach lub bezradność. Może ono bezpośrednio zagrażać życiu człowieka lub nieść długotrwałe, negatywne konsekwencje dla jego samopoczucia i funkcjonowania w różnych obszarach życia. To jak bardzo będzie traumatyzujące owo doświadczenie zależy nie tylko od jego siły, ale także od tego jak bardzo ogranicza umiejętności radzenia sobie. Dzieciństwo jako czas całkowitej zależności od rodziców jest stanem szczególnej wrażliwości na urazy zwłaszcza, gdy ich źródłem są opiekunowie dziecka [Farina i in., 2019; Isobel, 2017].

Uważa się, że pośród różnych form urazów psychicznych bardziej szkodliwe konsekwencje niosą urazy pochodzące ze środowiska interpersonalnego niż te wywoływane przez stresory bezosobowe [Schore, 2001]. Szczególnie urazowy charakter mają doświadczenia w okresie wczesnego rozwoju, często o charakterze przewlekłym w relacji z obiektem przywiązania, którego konsekwencją jest lęk przed bliskością i poleganiem na drugiej osobie [Allen i in., 2014]. W literaturze można odnaleźć różne określenia odnoszące się do traum interpersonalnych występujących w relacjach zależnych lub zaufanych: trauma relacyjna, trauma przywiązaniowa czy trauma rozwojowa [Allen, 2001; Schore, 2001; Rupert 2012; Schimmenti, 2012]. Urazy powstające w bliskich relacjach mogą same w sobie być traumatyczne, powodować traumatyczne skutki lub naruszać poczucie bezpieczeństwa i zaufania przez co zwiększają podatność na późniejszą traumę. Allen podkreśla, że trauma przywiązaniowa osłabiając zdolność dziecka do tworzenia więzi uniemożliwia nabycie elastycznych zdolności do radzenia sobie w życiu z traumatycznymi doświadczeniami zarówno w relacjach ludzkich oraz sytuacjach niezależnych od ludzi [Allen i in. 2014]. To właśnie w wspierającej i współpracującej relacji dziecka z obojgiem rodziców Bowlby widział źródło osobowości przężnej, zdolnej do działania nawet w niekorzystnych okolicznościach [Bowlby, 2007].

Sytuacje prowadzące do powstania urazów przywiązaniowych u dzieci to różne formy krzywdzenia. Dane epidemiologiczne na temat częstości występowania krzywdzenia dzieci podają wskaźniki od 4–16% [Gilbert i in., 2009]. Raport dotyczący krzywdzenia dzieci w USA z 2015r. wskazuje, że 10% ogólnej populacji doświadczyło jednej lub więcej form krzywdzenia w dzieciństwie dokonanej w przeważającej większości, ponad 80%, przez rodziców lub krewnych [Farina i in., 2019]. Autorzy zwracają uwagę, że rozpowszechnienie krzywdzenia może być niedoszacowane ze względu na to, że rodzice będący sprawcami nadużyć nie zgłaszają ich lub nie chronią dzieci przed nimi. Umykają uwadze szczególnie urazy spowodowane krzywdzeniem emocjonalnym trudniejsze do rozpoznania. Pozostają one niejednokrotnie niewyrażone w osobistym doświadczeniu dziecka aż do pojawienia się zaburzeń w okresie dorosłości. Z tego powodu traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie określane są jako „ukryta epidemia” [Farina i in., 2019].

W krzywdzeniu najczęściej wyróżnia się: przemoc fizyczną, przemoc seksualną, zaniedbywanie fizyczne i psychiczne oraz przemoc emocjonalną, w której można wyróżnić przemoc psychiczną i niechęć do dziecka [Allen i in., 2014]. Obejmują one zarówno podejmowanie szkodliwych działań wobec dziecka takich jak przemoc, jak również zaniechanie działań w przypadku zaniedbywania. Zwykle dziecko narażane jest na doświadczanie jednocześnie wielu różnych form krzywdzenia, których dokonują w większości przypadków rodzice lub inni opiekunowie [Farina i in., 2019]. Obecnie szkodliwe konsekwencje przemocy fizycznej i seksualnej stosowanej wobec dzieci nie budzą żadnych wątpliwości i są powodem podejmowania interwencji w celu ochrony i pomocy krzywdzonemu dziecku. Natomiast zaniedbywanie i krzywdzenie emocjonalne dzieci pozostaje wciąż problemem w dużej mierze

ignorowanym. Często pozostają one niezauważone społecznie, są powodem do wyrażenia krytyki, ale nie podjęcia działań interwencyjnych. Glaser ujmuje emocjonalne krzywdzenie jako „przewlekłą, нефизyczną, szkodliwą interakcję pomiędzy dzieckiem a opiekunem, obejmującą zarówno działania, jak i zaniechania” [Glaser, 2011, s.1]. Interakcje te powinny być przejawem pewnego stylu kontaktowania się opiekuna, który w trwały sposób opisuje relację z dzieckiem. Glaser wyróżnia pięć kategorii krzywdzenia emocjonalnego dzieci, są to [Glaser, 2011; Czub, 2021]:

- niedostępność emocjonalna, brak reakcji emocjonalnej i zaniedbywanie emocjonalne przejawiające się brakiem lub niewielkim poziomem zaangażowania emocjonalnego w relację z dzieckiem i wrażliwości na jego potrzeby;
- relacja z dzieckiem oparta na wrogości obejmująca przypisywanie dziecku negatywnych cech, obwinianiu go, odrzucaniu czy stawianiu w roli kozła ofiarnego;
- nieodpowiednie rozwojowo lub niekonsekwentne interakcje z dzieckiem obejmujące zbyt wygórowane lub za niskie oczekiwania wobec dziecka, stosowanie nieadekwatnej dyscypliny oraz narażenie dziecka na traumatyczne sytuacje i interakcje;
- niedostrzeganie lub niezauważanie indywidualności dziecka i granic psychicznych pomiędzy dzieckiem a rodzicem przejawiające się instrumentalnym traktowaniem dziecka w celu zaspakajania potrzeb rodzica;
- brak promowania socjalizacji dziecka obejmujący ograniczenie lub pozbawienie możliwości rozwoju poznawczego i społecznego dziecka oraz wspieranie zachowań prowadzących do demoralizacji.

Krzywdzenie emocjonalne wykrywane jest stosunkowo rzadko, najczęściej rozpoznaje się jako współtowarzyszące innym formom krzywdzenia [Czub, 2021]. Tymczasem wyniki badań wskazują, że konsekwencje zaniedbywania i krzywdzenia emocjonalnego są w równym stopniu poważne co destrukcyjne następstwa przemocy [Egeland, 1997 za Allen i in., 2014].

Szczególnie destrukcyjny charakter traumy przywiązania wiąże się z psychologiczną niedostępnością rodzica czy opiekuna, który nie jest w stanie emocjonalnie dostosować się do potrzeb dziecka, do przeżywanego przez nie cierpienia i w sposób empatyczny na nie odpowiedzieć, czego konsekwencją jest samotność dziecka w radzeniu sobie ze stanami emocjonalnymi, które przekraczają jego możliwości radzenia [Allen i in., 2014]. Wrogi, krzywdzący rodzic w celu usprawiedliwienia swoich działań przypisuje dziecku złe lub zniekształcone intencje. W sytuacji urazu dziecko nie ma możliwości zwrócenia się do figury przywiązania po pomoc, a niedostępny psychicznie opiekun nie podejmuje działań, które mogłyby przerwać krzywdzenie dziecka.

DEZORGANIZACJA PRZYWIĄZANIA

Przywiązanie bezpieczne, ambiwalentne i unikowe charakteryzuje się w sytuacjach zagrożenia stosowaniem zorganizowanych strategii prowadzących do uzyskania ochrony ze strony figury przywiązania w przeciwieństwie do przywiązania zdezorganizowanego, który wskazuje na załamanie się strategii [Wallin, 2011]. Ten wzorzec przywiązania rozwija się w związku z doświadczeniem urazu przywiązanowego we wczesnym dzieciństwie i wyraźnie koresponduje z podatnością na występowanie zaburzeń psychicznych, dlatego zostanie zaprezentowane szerzej. Main i Solomon wprowadziły określenie więzi zdezorganizowanej do opisu zachowań dzieci w Procedurze Obcej Sytuacji, które wskazywały na brak spójnej strategii przywiązania do rodzica. Były to zachowania sprzeczne, nieukierunkowane, stereotypowe, niesymetryczne, spowolnione, z zastyganiem i znieruchomieniem, które zdawały się być rodzajem transu. Zawierały one oznaki lęku przed rodzicem oraz oznaki dezorganizacji i dezorientacji. Autorki podkreślają aby dezorganizację przywiązania kodować do 20 miesiąca życia, gdyż później dziecko rozwija bardziej zróżnicowane sposoby radzenia sobie z zachowaniem opiekunów [Main i Solomon, 1990]. Wśród starszych dzieci ze zdezorganizowanym wzorcem przywiązania wyróżniono grupę dzieci lepiej zorganizowanych, określaną jako kontrolujące. Rozwinęły one strategie kontroli w formie karności albo opiekuńczej postawy wobec rodzica jako sposób radzenia sobie z niesprzyjającym środowiskiem opiekuńczym [Granqvist i in., 2017].

Według Main przywiązanie zdeorganizowane jest rezultatem relacji dziecka z opiekunem przerażającym, przerażonym lub zdysocjowanym. [Main, Hesse, 1990]. Opiekun przerażający, stosujący przemoc fizyczną, nadużycia czy jawne zaniedbania wzbudza u dziecka strach i przerażenie. Sytuacja zagrożenia aktywuje jednocześnie system przywiązania i obrony, a u dziecka pojawiają się sprzeczne intencje – dążenie i unikanie. Dziecko wówczas znajduje się w sytuacji „nierozwiązywalnego konfliktu”, w którym figura przywiązania jest jednocześnie źródłem poczucia bezpieczeństwa i zagrożenia [Main, Hesse, 1990]. Opiekunowie ci najczęściej sami zmagają się z nierozwiązanymi doświadczeniami urazu bądź straty [Main, Solomon, 1990]. Trudne, nieprzepracowane doświadczenia opiekunów uległy dysocjacji i pozostają uśpione aż do momentu aktywowania ich systemu przywiązania w relacji z własnymi dziećmi. Wówczas w konfrontacji z bodźcami przywołującymi ich własne traumatyczne doświadczenia, na przykład złością czy rozpaczą swojego dziecka, opiekun przeżywa silne uczucia złości i/lub strachu, które prowadzą do zachowań przerażających dla dziecka [Wallin, 2011]. Dezorganizacja więzi powstaje także w relacji dziecka z opiekunem, który jest przestraszony i bezsilny, a przerażający jedynie pośrednio. Tacy opiekunowie mogą doświadczać niepokojących myśli, bolesnych wspomnień, czy mieć skłonność do wchodzenia w stany dysocjacyjne. Podczas opieki nad dzieckiem opiekun może w sposób nieświadomy pokazywać w zachowaniu swój strach lub tracić umiejętność dostrojenia się do dziecka wskutek wejścia w stan dysocjacji, co dla dziecka jest doświadczeniem paradoksalnym, gdyż rodzic, który miał być źródłem bezpieczeństwa staje się też źródłem niepokoju. Rozwój przywiązania zdeorganizowanego poprzez przejęcie bezsilnego strachu od opiekuna stanowi wyjaśnienie tych przypadków dezorganizacji więzi, które nie są związane z krzywdzeniem dziecka, a alarmującym oddziaływaniem zachowania rodzica na dziecko [Liotti, Farina, 2016, Granqvist i in., 2017].

Solomon i George [2011] wymieniają trzy warunki, których następstwem może być rozwój zdeorganizowanego przywiązania. Są to: dezorganizacja zachowań opiekuńczych figury przywiązania z możliwością krzywdzenia jako cechą tych relacji, poważna separacja od opiekuna oraz deprivacja w zakresie opieki ze strony matki w pierwszym roku życia dziecka.

Na zdolności regulujące matek dzieci zdeorganizowanych mają wpływ ich własne doświadczenia z okresu dzieciństwa, które są zbieżne z doświadczeniami ich własnych dzieci. Matki dzieci zdeorganizowanych opisują swoje figury przywiązania jako przerażające, poza kontrolą i niezdolne do ochrony, a samych siebie jako przestraszonych i bezradnych. Także badacze w Procedurze Obcej Sytuacji opisywali matki dzieci zdeorganizowanych jako „przerażające”, „przestraszone”, „nietypowe”, „anomalne”, „odłączone”, „destrukcyjne”. Niespójne zachowania wyrażające nadaktywność, przesadność oraz bierność i odłączenie wskazują na nieumiejętność odczytywania sygnałów dziecka i dostrojenia się do nich, co może być dla dziecka sygnałem alarmowym. W kontakcie z dziećmi odczuwały bezradność wobec własnych emocji, relacji, jak i samego dziecka. Bezradność ta przyjmowała formę interakcji wrogich i konfrontacyjnych, a czasami uległych i ograniczonych. Wydaje się, że matki te doświadczając załamania w zakresie przeżywania siebie jako „mądrzejszych i silniejszych” w relacji do dzieci zrezygnowały z pełnienia funkcji ochronnej wobec dzieci [Solomon, George, 2011].

Przywiązanie zdeorganizowane stanowi około 15% wszystkich stylów przywiązania w populacji ogólnej oraz przeważającą większość w grupach wysokiego ryzyka [Lyons-Ruth, Jacobvitz, 2008 za Liotti, Farina, 2016]. Do grup wysokiego ryzyka, które sprzyjają rozwojowi dezorganizacji przywiązania należą dzieci doświadczające przemocy fizycznej, przebywające w adopcji i pieczy zastępczej, szczególnie gdy separacja nastąpiła po 12 miesiącu życia, co świadczyłoby o niewydolności opieki macierzyńskiej w rozwoju spójnego przywiązania oraz dzieci z rodzin o niskim statusie socjoekonomicznym [Solomon, George, 2011; Granqvist i in., 2017]. Warto zauważyć, że dezorganizacja przywiązania odzwierciedla rzeczywistość intersubiektywną, a nie jest cechą indywidualną dziecka. Jest zestawem reakcji behawioralnych na konkretnego opiekuna w konkretnej sytuacji. Zatem dziecko, które wytworzyło zdeorganizowane przywiązanie w relacji z rodzicem, który prezentuje stan umysłu zmagający się z nierozwiązanym doświadczeniem urazu może rozwinąć spójne i zorganizowane wzorce przywiązania wobec innego opiekuna, który posiada spójny stan umysłu dotyczący tworzenia przywiązania. Dezorganizacja przywiązania nie jest też potwierdzoną diagnozą kliniczną na poziomie indywidualnym w przeciwieństwie do zaburzeń przywiązania skalsyfikowanych w DSM V czy ICD-11 [Granqvist i in., 2017].

URAZ PRZYWIĄZANIOWY, DEZORGANIZACJA WIĘZI A ROZWÓJ PSYCHOPATOLOGII

Badania wykazują, że pozabezpieczne wzorce przywiązania wiążą się z ogólną podatnością na zaburzenia psychiczne, przy czym to przywiązanie zdeorganizowane jest istotnym czynnikiem ryzyka dla psychopatologii zarówno w okresie dzieciństwa, jak i dorosłości. Wyniki badań naukowych potwierdzają związek dezorganizacji więzi z rozwojem zaburzenia osobowości borderline, antyspołecznego, zaburzenia dysocjacyjnego, PTSD, depresji czy zaburzeń odżywiania, [Fonagy, Target, 2003; Liotti, 2004; Ein Door i in., 2010; Illing i in., 2010; Allen i in., 2014]. Pozostałe wzorce pozabezpiecznego przywiązania również są czynnikiem ryzyka jednak w mniejszym stopniu. Stwierdzono, że unikowe przywiązanie wiąże się z zaburzeniem obsesyjnym, narcystycznym i schizoidalnym, a ambiwalentny wzorzec więzi łączy się z zaburzeniem histerycznym i histrionicznym [Schore, 2002; Slade, 1999 za Wallin, 2011].

Według Herman „osobista historia nadużyć, zwłaszcza w okresie dzieciństwa, wydaje się reprezentować jeden z poważniejszych czynników, które predysponuje jakąś osobę do stania się pacjentem psychiatrycznym” [Herman, 1992, s.25]. Źródłem rozwoju zaburzeń psychopatologicznych należy szukać w interakcji wczesnych traumatycznych doświadczeń w relacji przywiązaniowej z wykształceniem zdeorganizowanego wzorca przywiązania. Benedetta Farina i Giovanni Liotti stworzyli model teoretyczny traumy i dysocjacji w którym uznają występowanie objawów dysocjacyjnych za wymiar psychopatologiczny obecny we wszystkich zaburzeniach psychopatologicznych powstałych w kontekście traumatycznego rozwoju [Liotti, 2004; Liotti, Farina, 2016]. Model ten ukazuje, jak dzieci ze zdeorganizowanym przywiązaniem w trakcie rozwoju doświadczają powtarzających się cykli doświadczeń dysocjacyjnych i przywracania strategii kontrolujących. Do rozwoju dezorganizacji przywiązania dochodzi w relacji dziecka z opiekunem otwarcie budzącym strach, przestraszonym albo bezsilnym. Równoczesne wzbudzenie systemu przywiązania i obrony powoduje, że dziecko znajduje się w sytuacji bez wyjścia, w tym samym czasie doświadczając strachu i bezsilności wobec opiekuna, który jest też źródłem ochrony. Rozwiązaniem tej dramatycznej dla dziecka sytuacji jest wejście w stan dysocjacyjny przypominający trans. Na poziomie reprezentacji w przywiązaniu zdeorganizowanym występują liczne i niezintegrowane reprezentacje ja i opiekuna, które uniemożliwiają zbudowanie spójnego ja. Wewnętrzny model jest zdysocjonowany [Liotti, Farina, 2016]. Dziecko aby chronić się przed doświadczeniem dysocjacji uruchamia strategię kontrolującą (karzącą, opiekuńczą, angażującą seksualność), których zadaniem jest niedopuszczenie do pojawienia się w świadomości zdeorganizowanych reprezentacji ja. System przywiązania jest blokowany przez obronne włączanie innych systemów, np. opieki, rangi czy formowania pary seksualnej. Dopiero załamanie się strategii kontrolujących na skutek powtarzających się traum lub wydarzeń aktywujących system przywiązania uruchamia proces dysocjacyjny i pojawienie się zaburzeń psychopatologicznych. Uśpiona tendencja do dysocjacji może utrzymywać się przez wiele lat, a nawet przez całe życie. Wówczas w zachowaniu osoby widoczne są pewne ograniczenia związane ze stosowaniem strategii kontrolujących, np. styl życia, trudności w relacjach, które mogą rozwijać się w zaburzenia osobowości, ale nie występują symptomy dysocjacyjne [Liotti, Farina, 2016].

Cechą charakterystyczną konsekwencji traumatycznego rozwoju i dezorganizacji przywiązania jest zróżnicowany obraz kliniczny zaburzeń psychopatologicznych. Istotne byłoby zidentyfikowanie czynników odpowiedzialnych za różne ścieżki rozwojowe zaburzeń. Liotti i Farina, w teoretycznym modelu traumy i dysocjacji zakładają, że dezorganizacja przywiązania i następujące po nim uruchamianie strategii kontrolujących na skutek powtarzania się traum ze strony figur przywiązania stanowią początek rozwoju odmiennych ścieżek zaburzeń. Strategie kontrolująco-opiekuńcze wiążące się z nadmiernym poczuciem odpowiedzialności u dziecka opiekującego się rodzicami prowadzą do rozwoju nadmiernego poczucia winy charakterystycznego dla zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Obecne w tych strategiach podporządkowywanie się prowadzi do rozwoju negatywnego obrazu siebie i swoich kompetencji, poczucia niższości i wstydu, co może stanowić drogę do wystąpienia zaburzeń lękowych i nastroju. Z kolei nadmierna zależność związana z tendencją do podporządkowywania się innym, mniejszą autonomią i poczuciem winy może predysponować do zależnego zaburzenia osobowości. Strategia kontrolująco-karząca przejawiająca się w dominowaniu nad rodzicami może dać początek narcystycznej organizacji osobowości. Obecność tej strategii przy jednoczesnym doświadczaniu powtarzających się i gwałtownych traum może prowadzić do zachowań antyspołecznych, a także paranoidalnych i dysocjacyjnych zaburzeń osobowości. Natomiast strategie kontrolują-

ce angażujące seksualność stanowią ścieżkę rozwoju zachowań uwodzących, rozwiązłości seksualnej i doświadczeń kazirodztwa [Liotti, Farina, 2016].

Z kolei Ein-Dor i Doron zaproponowali transdiagnostyczny model przywiązania i psychopatologii, w którym wskazują na czynniki łączące rodzaj niepewnego przywiązania z objawami internalizacyjnymi, eksternalizacyjnymi i objawami ze spektrum zaburzeń myśli [Ein-Dor i Doron, 2016]. Autorzy odnosząc się do dwuwymiarowego modelu przywiązania Brennana, Clarka i Shavera [Brennan i in., 1998] wykazują, że lęk i unikanie przywiązania zwiększają podatność na psychopatologię poprzez dwie ciemne triady procesów. W przywiązaniu lękowym ciemną triadę stanowią: dezadaptacyjne procesy regulacji emocji z tendencją do odczuwania negatywnych uczuć, nadmierna czujność na sygnały związane z zagrożeniem, niższy poziom postrzeganej reakcji innych, czyli odbieranie innych jako mniej wspierających i responsywnych. Natomiast procesy pośredniczące między unikającym przywiązaniem a rozwojem psychopatologii to niedostosowane procesy regulacji emocji ze skłonnością do obniżania poziomu uczuciowości i dystansowania się, przymusowa samodzielność, obniżony poziom wsparcia społecznego i postrzeganej responsywności innych. W tym modelu rodzaj przywiązania będący dystalnym czynnikiem ryzyka patologii wpływa na triadę proksymalnych czynników, które pod wpływem działania określonych moderatorów, np. strachu przed utratą znaczących osób, zagrażającego środowiska, czy nadużycia i zaniedbania, prowadzą do wystąpienia określonego rodzaju zaburzenia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, lękowych, antyspołecznych, dużej depresji, schizofrenii lub PTSD [Ein Dor, Doron, 2016]. I tak na przykład u osób z lękowym przywiązaniem przeżywających silne negatywne uczucia i nadwrażliwość na zagrożenia przy jednoczesnym postrzeganiu innych jako mało wspierających i responsywnych, zagrażające środowisko jakim może być na przykład trudne sąsiedztwo czy łagodne konflikty rodzinne będzie podtrzymywać uczucia niepokoju i strachu. W tej sytuacji prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń lękowych nasila się. Z kolei przywiązanie unikające wiążące się z dystansowaniem poznawczym i emocjonalnym, kompulsywną samodzielnością oraz postrzeganiem innych jako mało wspierających w sytuacjach powtarzających się nadużyć i zaniedbań emocjonalnych mogą predysponować do rozwoju psychozy. Nadużycia i zaniedbania mogą dodatkowo powodować współwystępowania depresji i zaburzeń lękowych [Ein-Dor, Doron, 2016].

UWAGI KOŃCOWE

Tworzona z opiekunem bliska więź we wczesnym okresie rozwoju stanowi fundament dla dalszego rozwoju dziecka. Doświadczenie w ramach tej więzi urazu przywiązaniowego, który może obejmować przemoc fizyczną, nadużycie czy też krzywdzenie emocjonalne wypacza ten rozwój, czyniąc dziecko podatnym na rozwój psychopatologii. Należy podkreślić, że ukształtowany wzorzec przywiązania stanowi ważny aczkolwiek nie jedyne czynniki determinujący rozwój dziecka i jego umiejętność radzenia sobie z trudnymi doświadczeniami [Żechowski i Namysłowska, 2008; Granqvist i in. 2017]. Obecnie jest ono traktowane probabilistycznie jako czynnik ryzyka, a nie nieuchronności rozwoju psychopatologii. Wśród okoliczności, które mogą mieć wpływ na zmianę rodzaju przywiązania wymienia się jakość obecnej opieki nad dzieckiem, która może modyfikować utworzony rodzaj więzi we wczesnym rozwoju, relacje i stres, które dziecko doświadcza poza rodziną oraz kumulacje niekorzystnych czynników [Sroufe i in., 1999]. W zmianie wzorca przywiązania szczególnie ważne są nowe, korektywne doświadczenia w relacjach przywiązaniowych. Badania podkreślają znaczenie czynników relacyjnych odpowiedzialnych za przerwanie cyklu nadużyć. Wśród nich szczególnie reparacyjny charakter ma doświadczenie przez dziecko pomocy ze strony dorosłego, możliwość podjęcia terapii w pewnym momencie życia i wejście w dorosłości we wspierający związek [Granqvist i in. 2017]. Świadomość znaczenia wczesnodziecięcych więzi i konsekwencji ich zaburzenia, w tym powstawania różnych zaburzeń psychicznych daje możliwość zapobiegania rozwojowi psychopatologii poprzez podejmowanie działań profilaktycznych w społeczeństwie oraz zwiększenie dostępu do pomocy terapeutycznej, aby umożliwić przepracowanie traumatycznych doświadczeń z przeszłości i ich wpływu na aktualne życie osoby.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters, E., Wall, S. 1978. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
- Allen, J., Fonagy, P., Bateman, A., 2014. *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bowlby J., 1980. *Attachment and loss: vol.3, Loss, sadness and depression*. New York, Basic Books.
- Bowlby J., 2007. *Przywiązanie*. Warszawa: PWN.
- Brennan K.A., Clark C., Shaver P., 1998. Self-report measurement of adult attachment [w:], J.A. Simpson, W.S. Rholes ed., *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press, pp. 46-76.
- Czub M., 2019. Ukryta trauma – zaniedbywanie i emocjonalne krzywdzenie dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 18(2), s. 38–58.
- Ein-Dor T., Viglin D., Doron G., 2016. Extending the transdiagnostic model of attachment and psychopathology. *Frontiers in Psychology*, 7, Article 484.
- Ein-Dor T., Doron G., Solomon Z., Mikulincer M., Shaver P.R., 2010. Together in pain: Attachment related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 57, pp. 17–327.
- Farina B., Liotti M., Imperatori C., 2019. The role of attachment trauma and disintegrative pathogenic processes in the traumatic-dissociative dimension. *Frontiers in Psychology*, 10, pp. 1-18.
- Fonagy P., Target M., 2003. *Psychoanalytic theories. Perspectives from developmental psychopathology*. London, Philadelphia, Whurr Publishers.
- Gilbert R., Widom C.S., Browne K., Fergusson D., Webb E., Janson, S., 2009. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, pp. 68–81.
- Glaser D., 2011. *Jak sobie radzić z problemem krzywdzenia i zaniedbywania emocjonalnego – dalszy rozwój ram konceptualnych (FRAMEA)*. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 10(4), s. 18–36.
- Granqvist P., Sroufe L.A., Dozier M., Hesse E., Steele M., Ijzendoorn M. van i in., 2017. Disorganized attachment in infancy: A review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment and Human Development*, 19, pp. 534–558.
- Herman J.L., 1998. *Przemoc - uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: GWP.
- Illing V., Tasca G.A., Balfour L., Bissada H., 2010. Attachment insecurity predict seating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, pp. 653–659.
- Isobel S., Goodyear M., and Foster K., 2017. Psychological trauma in the context of familial relationships: a concept analysis. *Trauma Violence Abuse*, pp. 1-11.
- Liotti G.M.D., 2004. Trauma, dissociation, and disorganized attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 41, pp. 472-486.
- Liotti G., Farina B., 2016. *Traumatyczny rozwój. Etiologia, klinika i terapia wymiaru dysocjacyjnego*, Bledzew: Fundacja Przyjaciele Martynki.
- Main M., Kaplan N., Cassidy J., 1985. Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), pp.66-104.
- Main M., Hesse E., 1990. Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? [w] *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, M.T. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings red. Chicago, University of Chicago Press, pp.161-182.
- Main M., Solomon J. 1990. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation, [w] *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, M.T. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings, Chicago, University of Chicago Press, pp. 121-160.
- Marszał M., 2015. *Mentalizacja w kontekście przywiązania: zdolność do rozumienia siebie i innych u osób z osobowością borderline*. Warszawa: Difin.
- Mikulincer M., Shaver P.R., 2007. *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, The Guilford Press.
- Ruppert F., 2012. *Symbioza i autonomia. Trauma symbiotyczna i miłość bez uwikłań*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.

- Schimmenti A., 2012. Unveiling the hidden self: Developmental trauma and pathological shame. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 18, pp. 195–211.
- Schore A.N., 2001. *The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health*, [w] *Infant Mental Health Journal*, vol. 22, s.201-269.
- Schore A., 2002. Advances in neuropsychoanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, pp. 433-484.
- Sroufe L.A., Carlson E.A., Levy A.K., Egeland B., 1999. Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Developmental Psychopathology*, 11, pp. 1-13.
- Solomon J., George C., 2011. *The disorganized attachment–caregiving system: Dysregulation of adaptive processes at multiple levels*, *Disorganized attachment and caregiving*, C. George red., New York, Guilford, s.3-24.
- Wallin D.J., 2011. *Przywiązanie w psychoterapii*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Żechowski C., Namysłowska I., 2008: Teoria przywiązania a rozwój zaburzeń psychicznych [w:] B. Józefik, G. Iniewicz red., *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 53-74.