

Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania

Emotional disturbances in children and adolescents from the attachment theory perspective

Grzegorz Iniewicz

Instytut Psychologii UJ
Dyrektor: dr hab. n. med. W. Łosiak
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Bomba

Summary

Emotional disturbances in children and adolescents may be explained basing on different aetiological theories. One of them is the attachment theory created by Bowlby. It stresses the relationships between the characteristic of children's relations with caregivers and their behaviours, which might be described as symptoms in certain circumstances. Attachment behaviours should not be treated as the only explanation of disturbances but rather as a risk factor. Another advantage of the theory is that it might be helpful in the integration of different theories referring to the aetiology of emotional disturbances, taking into consideration both intrapsychic and interpersonal factors.

Słowa klucze: przywiązanie, zaburzenia emocjonalne, dzieci
Key words: attachment, emotional disturbances, children

Autorzy teorii, mających na celu wyjaśnienie powstawania zaburzeń emocjonalnych u dzieci i młodzieży, odwołują się do intrapsychicznych mechanizmów, uwarunkowanych najczęściej w okresie wczesnego dzieciństwa, próbują opisywać rodzinno-środowiskowe czynniki determinujące bądź też wyzwalające zaburzenia, czy też szukają przyczyn nieprawidłowości w budowie lub funkcjonowaniu mózgu. Stworzona przez Bowlby'ego [1, 2, 3] teoria przywiązania, jak się wydaje, może nie tylko wnieść nowe elementy przydatne w zrozumieniu przyczyn zaburzeń emocjonalnych, ale też pomóc w integracji już istniejących teorii. Najważniejszym jej aspektem jest docenienie zależności i bliskich relacji, pod warunkiem ich funkcjonalności w danej fazie rozwojowej i sytuacji życiowej. Doświadczenie bliskich relacji warunkuje nie tylko budowanie nowych, ale też, zwłaszcza w przypadku dzieci, rozwój we wszystkich sferach.

Podstawowe założenia teorii przywiązania

Twierdzenie, iż potrzeba przywiązania jest wrodzona, może obecnie wydawać się oczywiste, jednak kiedy Bowlby tworzył podstawy swojej teorii, dominowała albo psychoanalityczna perspektywa, kładąca nacisk na kształtowanie się bliskości opartej na przyjemności związanej z zaspokojeniem popędów, bądź też behawioralna, opisująca ją jako element mechanizmu wzmacniania wtórnego. Aby podkreślić podmiotowość tej relacji i tym samym zaznaczyć doniosłość swojego opisu, Bowlby zaproponował termin „przywiązanie” w miejsce „zależności emocjonalnej”.

Co ciekawe, zbiegło się to z obserwacjami etologów dotyczącymi interakcyjnych zachowań zwierząt, które nie były związane z ich potrzebami fizjologicznymi. W odniesieniu do ludzi Harlow stwierdził, iż zaspokajanie potrzeb pokarmowych niemowlęcia przez matkę nie jest podstawą kształtowania się ich więzi. Ponadto, szeroko komentowane wówczas zjawisko imprintingu zaczęto odnosić również do małych dzieci, uznając, iż ekwiwalentem podążania za matką może być np. uśmiech dziecka. I w końcu, prowadzone, zarówno przez psychologów, jak i etologów, badania nad separacją z matką pokazały podobne reakcje u małych dzieci i u małych rebusów [4]. Obserwacje zachowań zwierząt w dalszym ciągu dostarczają wielu cennych informacji, przydatnych w rozumieniu kształtowania się przywiązania. W jednym z eksperymentów zaobserwowano, jak szczury przez kilka dni po urodzeniu dążą do kontaktu z matką nawet w przypadku, gdy napotyka ją na awersyjny bodziec, jakim jest posmarowany substancją o nieprzyjemnej dla nich woni sutek [5].

Kolejna ważna cecha tak rozumianego przywiązania to fakt, iż jest to aktywność dwustronna. Obecnie może to wydawać się oczywiste, ale jeszcze kilkadziesiąt lat temu, gdy powstawała koncepcja „schizofrenogennej matki”, na relacje między matką a dzieckiem patrzono w sposób linearny [6]. To matka wносиła w nie podwójne przekazy: wrogości i rekompensującej ją nadopiekuńczości, z którymi dziecko nie było w stanie sobie poradzić i płaciło za to schizofrenią. Zmiana zaczęła się w latach 50., gdy zaczęto relacje między dzieckiem a matką opisywać w sposób cyrkularny [7]. Współcześnie na tę wzajemność wskazują nie tylko kliniczne obserwacje tych relacji, ale też badania nad rozwojem mózgu. Pokazują one między innymi, jak wzajemne dostrojenie się matki i niemowlęcia w kontakcie wzrokowym stymuluje powstawanie połączeń nerwowych w mózgu [por. 8].

Inne badania [9] pokazały, w jaki sposób dziecko i matka dostrajają się do siebie na poziomie fizjologicznym. Obserwowano akcję serca u małych dzieci i ich matek w klasycznym eksperymencie „obcej sytuacji”¹. Okazało się, iż w przypadku dzieci z bezpiecznym i lękowo-unikającym przywiązaniem akcja serca matek wzrastała przy separacji i spadała podczas ponownego kontaktu. Trochę inaczej było z matkami dzieci

¹ W klasycznym wariantcie eksperymentu „obcej sytuacji” (strange situation) obserwowano zachowanie dziecka podczas separacji z matką [14]. W pierwszym etapie, gdy matka opuszczała pomieszczenie, dziecko zostawało z obcą osobą, w drugim, najpierw zostawało zupełnie samo, a potem zjawiała się nieznaną mu osobą. Zachowania dzieci pogrupowano w trzy kategorie, które zostały opisane jako strategie reakcji na opiekuna: przywiązanie ufne, przywiązanie lękowo-unikające, lękowo-ambiwalentne oraz, dodane później, przywiązanie zdeorganizowane [30].

o lękowo-ambiwalentnym przywiązaniu – podczas pierwszego ponownego kontaktu akcja serca u matek wzrastała, a podczas drugiego obniżała się, ale nieznacznie. Gdy te obserwacje połączono z zarejestrowanym płaczem dzieci, to wyraźnie pokazała się opisywana już zależność – dzieci z unikającym przywiązaniem znacznie mniej płakały w porównaniu z lękowo-ambiwalentnymi. Jednym z wyjaśnień uzyskanych wyników jest fakt, iż to właśnie zachowanie dziecka może podnosić poziom stresu u matek, który zresztą z kolei może się wtórnie udzielać dzieciom. Ta wzajemność w relacji matka–dziecko może też być wyjaśniona przez koncepcję „kompetentnego niemowlęcia”, w której na podstawie obserwacji i badań przyjmuje się, iż już niemowlę ma pewne umiejętności poznawcze oraz mechanizmy, poprzez które może wywoływać i nawiązywać kontakt z otoczeniem [10].

Inny ważny aspekt przywiązania odnosi się do umiejscowienia go na kontinuum: efektywna zależność–nieefektywna zależność. W ten sposób zrezygnowano z opisywania go w kategoriach braku lub nadmiaru, potrzeba bliskości jest bowiem uwarunkowana z jednej strony fazą rozwojową, a z drugiej specyficzną sytuacją, w jakiej się człowiek znajduje. Na przestrzeni życia oczekujemy różnej dostępności figur przywiązaniowych. I tak – dziecko potrzebuje bezpośredniej, fizycznej bliskości, a w życiu dorosłym zazwyczaj wystarczająca jest świadomość jej dostępności w razie znalezienia się w sytuacji stresowej. Najważniejsze, jak się wydaje, jest poczucie bezpieczeństwa w relacji – im większe, tym bardziej możemy się separować i być różni. Tak więc bezpieczną zależność i autonomię możemy potraktować jak dwie strony tej samej monety. Efektywna zależność sprzyja rozwojowi w różnych sferach. Dzięki niej możemy eksplorować świat, adaptować się do otoczenia, lepiej radzić sobie ze stresem i konfliktami, podejmować ryzyko, również dotyczące zmian w spostrzeganiu siebie czy innych. Podstawą takiej efektywnej zależności jest dostępność i wrażliwość figury przywiązaniowej, do czego jeszcze wrócę [11].

Przywiązanie a zaburzenia emocjonalne

Badania pokazują, iż wśród dzieci z różnego rodzaju zaburzeniami emocjonalnymi zaledwie kilka do kilkunastu procent przejawia zachowania wskazujące na bezpieczny styl przywiązania. Jednak mało owocne wydaje się szukanie bezpośrednich powiązań między stylem przywiązania a zaburzeniami. Takie podejście rozczarowało wielu badaczy, którzy twierdzili wręcz, iż teoria przywiązania niewiele wnosi w rozumienie zaburzeń emocjonalnych. Bardziej adekwatne wydaje się zatem traktowanie przywiązania (bez poczucia bezpieczeństwa) jako czynnika ryzyka. Poza tym, np. unikające przywiązanie w pewnych sytuacjach może stanowić ochronę dla dziecka, dzięki której unika ono emocji, z którymi nie mogłoby sobie poradzić. Przywiązanie zatem powinno być traktowane jako jeden z czynników predysponujących do powstawania zaburzeń, po uwzględnieniu jego interakcji z takimi aspektami funkcjonowania, jak: regulacja emocji, rozwój społeczny i moralny, temperament, cechy dziedziczne, międzygeneracyjne transmisje wzorów zachowań i inne [12, 13].

Pomimo takiego podejścia do związków stylu przywiązania i zaburzeń, niektóre badania pokazują, iż wzór przywiązania może być jednak predyktorem specyficznych

problemów czy zaburzeń, zwłaszcza przy odwołaniu się do teorii regulacji emocji. Zaburzenia te mogą się ujawniać już w relacjach z rodzicami, a potem mogą być przenoszone na relacje z rówieśnikami. Dzieci z bezpiecznym typem przywiązania opisywane są jako bezpośrednie, otwarcie komunikujące swoje emocje, empatyczne i mające możliwość uwzględniania perspektywy drugiej strony. Dominują u nich pozytywne emocje, a negatywne są zazwyczaj sygnałem frustracji lub konfliktu, ale charakteryzują się krótkotrwałością. Dzieci te stosunkowo łatwo nawiązują relacje z rówieśnikami.

Dzieci z lękowo-ambiwalentnym typem przywiązania w klasycznych eksperymentach Ainsworth i wsp. [14] po powrocie matki trudno się uspokajały i potrzebowały dłuższego czasu, aby wrócić do poprzednich aktywności. Ambiwalencja u tych dzieci przejawia się niemożnością podjęcia decyzji, czy chcą bliskości z opiekunem, czy z powodu doświadczanej złości wolą zachować dystans. Ich matki opisywane są zazwyczaj jako gwałtowne w swoich reakcjach i skoncentrowane przede wszystkim na swoich własnych emocjach. W warunkach szkolnych dzieci te charakteryzują się wycofaniem z relacji rówieśniczych, a w przypadku zachowań agresywnych ze strony innych uczniów najczęściej stają się ofiarami [12].

Dzieci z unikającym stylem przywiązania po okresie separacji z opiekunem nie przejawiają chęci kontaktu z nim. Na poziomie behawioralnym nie okazują stresu, chociaż badania procesów fizjologicznych ujawniają go. W charakterystyce opiekunów takich dzieci zwraca się uwagę, iż dążą oni do nieadekwatnej dla wieku dziecka jego samodzielności, nie odpowiadają w sytuacji, gdy przeżywa ono stres, i mają mało fizycznego kontaktu z dzieckiem. W relacjach z rówieśnikami dzieci te przejawiają nasilone zachowania agresywne, zwłaszcza wobec rówieśników skłonnych do wchodzenia w rolę ofiary.

Dzieci ze zdeorganizowanym stylem przywiązania w obliczu trudności nie mogą podjąć żadnej koherentnej strategii działania. Dominują u nich zachowania kontrolujące. Ten typ przywiązania będzie je w najwyższym stopniu predysponował do poważnych zaburzeń. Przyczyn powstawania zdeorganizowanego stylu przywiązania szuka się najczęściej w traumatycznych wydarzeniach w historii życia tych dzieci. Ich matki opisywane są jako wykazujące na przemian bezradność i wrogość.

Opisy opiekunów dzieci przejawiających styl przywiązania bez poczucia bezpieczeństwa wskazują, iż oni sami prawdopodobnie doświadczyli trudności, które teraz uniemożliwiają nawiązanie, dającej poczucie bezpieczeństwa, relacji z dzieckiem. Nierozwiązane problemy przywiązaniowe rodziców będą utrudniały im adekwatne rozpoznanie tego, co się dzieje z dzieckiem, i udzielenie mu wsparcia, gdyż będą zaabsorbowani własnymi problemami. W relacji z dzieckiem będą doświadczali lęków i złości, a w relacji ze współmałżonkiem pojawi się wzajemne obwinianie lub rywalizacja.

Przenoszenie wzorów przywiązaniowych tłumaczone jest na różne sposoby. Może się to dokonywać poprzez obserwację sposobów radzenia sobie z emocjami, które są stosowane przez rodziców [15]. Z kolei Fonagy [16, 17] uważa, iż dokonuje się to wraz z tworzeniem się reprezentacji psychicznych self i obiektu przy udziale mechanizmu opisanego jako funkcjonowanie refleksyjne, które umożliwia nie tylko

odzwierciedlanie dziecku jego stanów emocjonalnych przez matkę, ale też przetwarzanie i modulowanie jego trudnych emocji. Traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa rodziców nie muszą determinować problemów z więzią w następnych generacjach dzięki autorefleksyjności rodziców.

Warto tu wspomnieć, iż teoria przywiązania jest właściwie teorią traumy. Badania Bowlby'ego, które przyczyniły się do jej powstania, dotyczyły deprywacji kontaktu z matką i separacji oraz wpływu tych doświadczeń na dzieci. Rozważaniom na temat traumy relacyjnej, tzn. takiej, która odnosi się do bliskich relacji, poświęciła swój artykuł Senator [18]. Zauważa ona, jak nieprecyzyjne jest definiowanie traumy w obecnie obowiązujących klasyfikacjach DSM [19] i ICD [20]. Pierwsza opisuje cechy wydarzenia traumatycznego oraz towarzyszące mu emocje, a druga odwołuje się do w miarę obiektywnego, bo podzielanego prawdopodobnie przez każdego, doświadczenia nieszczęścia. Dopiero w klasyfikacji DC [21] pojawia się w definicji traumy również zagrożenie dla integralności psychicznej, co w kontekście badań nad skutkami utraty bliskiej relacji wydaje się oczywiste².

Do traumy relacyjnej może dochodzić z różnych powodów. Przyczyną może być brak więzi – dość rzadka sytuacja, z którą możemy mieć jednak do czynienia przy częstych zmianach opiekunów lub w przypadku krańcowego zaniedbania dziecka. W klasyfikacji DSM odpowiada temu *reaktywne zaburzenie przywiązania*, a w ICD *zaburzenie selektywności przywiązania*. W obydwóch przypadkach podstawowym symptomem jest brak preferencji bliskiej osoby w trudnych sytuacjach. Częstszą sytuacją jest zerwanie czy utrata więzi. Już Spitz [22] opisał jej symptomy jako depresję anaklityczną, a Bowlby [23] jako fazy żałoby, przez które przechodzi dziecko: faza protestu, faza rozpacz i w końcu faza odcięcia emocjonalnego. Trauma relacyjna może być też spowodowana specyfiką więzi dziecka z opiekunem, gdy zamiast troskliwej opieki doświadcza ono zaniedbywania czy nadużyć. Odpowiednikiem tych sytuacji w klasyfikacji DSM i ICD będzie *reaktywne zaburzenie przywiązania*, charakteryzujące się przede wszystkim licznymi trudnościami w nawiązywaniu relacji zarówno z opiekunami, jak i rówieśnikami.

Senator [18], powołując się na Schore [24], opisuje też proces powstawania tzw. traumy kumulacyjnej. Dzieje się tak, gdy dziecko gromadzi doświadczenia, które pojedynczo nie są traumatyczne, a których konsekwencją jest niemożność regulowania własnych emocji. Przyczyną tego może być spostrzeganie rodziców jako niedostępnych, co blokuje możliwość regulowania własnych emocji. W klasyfikacji DC znajdujemy kilka wyjaśnień powstawania traumy kumulacyjnej. Może to być nadmierne zaangażowanie rodziców, gdy nie spostrzegają oni dziecka jako odrębnej jednostki lub spostrzegają je jako równorzędnego partnera. Przyczyną może też być zbyt małe zaangażowanie rodziców, którzy nie potrafią zareagować na sygnały dziecka. Traumę kumulacyjną mogą też powodować występujące w relacji z opiekunem silne

² Warto tu wspomnieć, iż obecnie podkreśla się, jak istotna jest nie tyle ilość, ile jakość kontaktów dziecka z opiekunem. To ona właśnie wpływa na powstawanie wzorców relacji. Dzięki temu np. dzieci, którymi opiekują się nianie, nie muszą być zagrożone zaburzeniami przywiązania. Poza tym wiele wskazuje na to, że dziecko jest w stanie stworzyć sobie zróżnicowane więzi, o strukturze hierarchicznej [10, i inni tamże cytowani].

emocje lęku, gniewu czy wrogości. Poważną konsekwencją tego rodzaju traumy jest niemożność nawiązywania relacji, gdyż nawet te, które potencjalnie dają poczucie bezpieczeństwa, są spostrzegane jako zagrażające.

Przesłanki teorii przywiązania są też wykorzystywane w opracowywaniu rodzinnych modeli powstawania zaburzeń emocjonalnych. Przykładem jest koncepcja Wood [25, 26], która włączyła przywiązanie do swojego biobehawioralnego modelu rodziny psychosomatycznej. Oparła się przy tym na modelu rodziny psychosomatycznej Minuchina [27], który w funkcjonowaniu takiej rodziny wyróżnił następujące cechy: splątanie, nadopiekuńczość, sztywność, nieumiejętność rozwiązywania konfliktów i triangulację³. Wood w swoim modelu wyróżniła dwa poziomy: relacji rodzinnych i funkcjonowania fizjologicznego. Do pierwszego poziomu zaliczyła: bliskość (proximity) (dzielenie się w rodzinach emocjami, podejmowanymi decyzjami, ale też fizyczną przestrzenią), międzypokoleniową hierarchię (która odnosi się do tego, w jakim stopniu rodzice sprawują opiekę nad dziećmi i jak egzekwują nakazy i ograniczenia), relację małżeńską (jej funkcjonalność) i triangulację (włączanie dziecka w konflikt rodziców – dzięki koncentracji na dziecku, jego problemie lub chorobie rodzice nie muszą konfrontować się z własnymi trudnościami).

Przejście z poziomu interakcji rodzinnych i procesów intrapsychicznych na poziom funkcjonowania fizjologicznego dokonuje się poprzez czynnik wzajemnego reagowania na siebie (interpersonal responsivity) i biobehawioralnej (psychofizjologicznej) reaktywności. Łączą one psychologiczne i biologiczne procesy, i odnoszą się do zmian na poziomie emocjonalnym, behawioralnym i fizjologicznym. W ten sposób to, co się dzieje w wymiarze interpersonalnym, będzie wywoływało fizjologiczną reakcję dziecka. Równocześnie będzie ona związana z indywidualnymi procesami regulacji emocji. Intensywność reagowania na siebie nawzajem, która wpływa na funkcjonowanie fizjologiczne, jeśli będzie bardzo nasiloną – spowoduje rozwój choroby. Na poziomie funkcjonowania fizjologicznego Wood wyróżniła, obok biobehawioralnej reaktywności, ostatni element swojego modelu: aktywność chorobową, która odnosi się do powstawania symptomów.

Wood, włączając do swojego modelu przywiązanie, odróżniła je od opisywanej przez siebie bliskości. Ta ostatnia odnosi się głównie do intensywności wymiany emocjonalnej i dzielenia fizycznej przestrzeni między członkami rodziny. Z kolei przywiązanie odnosi się do relacji diadycznej, w której charakterystycznym zachowaniem będzie szukanie bliskości w trudnych sytuacjach, ale również emocjonalne dostrojenie się (attunement) opiekuna, modulujące u dziecka intensywność reakcji emocjonalnej i fizjologicznej. Tak więc, przywiązanie będzie zawierało w sobie aspekt poczucia bezpieczeństwa i regulacji emocji, natomiast bliskość sama z siebie tego mieć nie będzie.

Wood uznała za przydatne dołączenie do swojego modelu przywiązania, jako czynnika w znaczący sposób wpływającego na intensywność reagowania na siebie

³ Na podstawie empirycznych badań wyróżnionych przez Minuchina czynników Wood [25] w splątaniu wyróżniła: bliskość, generacyjną hierarchię oraz zdolność reagowania na siebie (interpersonal responsivity). Kolejne minuchinowskie elementy: nadopiekuńczość, sztywność i nieumiejętność rozwiązywania konfliktów, uznała za mniej istotne bądź też niewystarczająco potwierdzone empirycznie. Zostawiła natomiast triangulację i dodała jeszcze relację rodzicielską.

członków rodziny. Dodaje też, iż takie elementy funkcjonowania rodzinnego, jak bliskość, międzypokoleniowa hierarchia czy intensywność reagowania na siebie również mogą wpływać na kształtowanie się przywiązania w relacjach rodzinnych. Przywiązanie stanowiłoby zatem swoisty bufor pomiędzy dzieckiem a stresującymi wydarzeniami. Wood, powołując się na własne badania i innych autorów, zauważa, że to, jaki wpływ na dziecko będą miały konflikty między rodzicami, jest uzależnione od tego, jak ono je spostrzega. Tutaj można też upatrywać wpływu przywiązania na przeżywane w takich sytuacjach emocje lęku, poczucia winy i inne. Badania Wood zawierają jeszcze jedną istotną sugestię. Dotyczy ona ważności relacji dziecka z ojcem w kontekście konfliktów małżeńskich. Na razie wprawdzie może to być jedynie hipoteza, ale można przypuszczać, iż ta relacja jest czynnikiem dającym dziecku znaczące wsparcie w sytuacji stresujących je konfliktów pomiędzy rodzicami.

Związki rodzinnych relacji z zaburzeniami emocjonalnymi

Kontynuując kwestię powstawania zaburzeń emocjonalnych u dzieci w kontekście relacji rodzinnych, jak się wydaje, najważniejsze jest dawanie dziecku poczucia bezpieczeństwa. Warunkuje ono jego rozwój, radzenie sobie ze stresem i eksplorowanie otaczającego świata. Szczególnie istotne wydają się dwa aspekty tych relacji: dostępność rodzica i jego wrażliwość, na które znaczący wpływ mają wzory przywiązania samych rodziców [13].

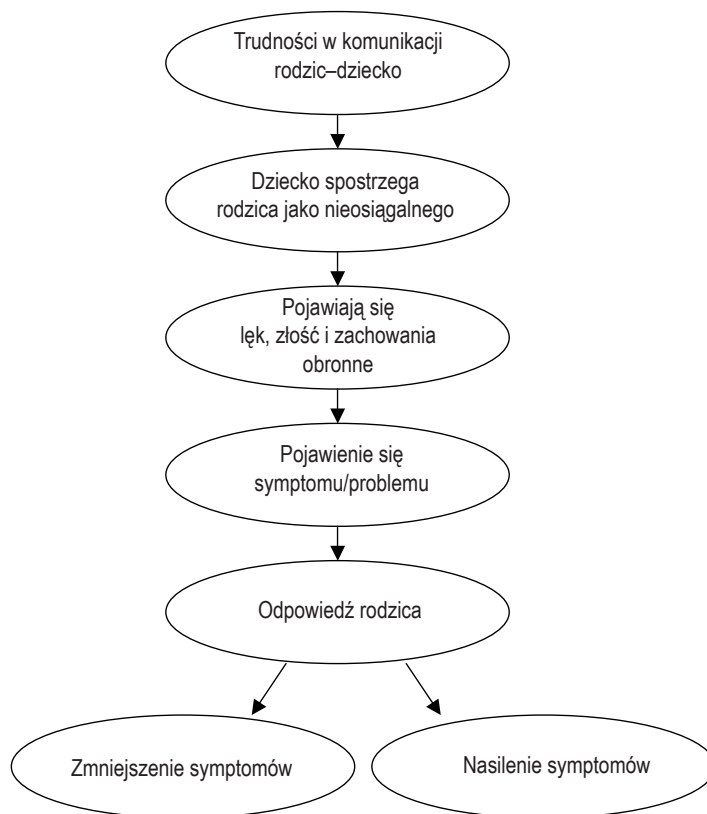
Z zaburzeniami dostępności rodziców mamy do czynienia, gdy są oni zaabsorbowani własnymi problemami, stając się tym samym dla dziecka nieosiągalnymi emocjonalnie. Powodem niedostępności rodziców mogą być też ich nadmierne wymagania, w wyniku których powstaje emocjonalna i fizyczna separacja. Przeżywane przez rodziców lęki i złość powodują, że w relacji z dzieckiem, zamiast kooperacji, pojawiają się antagonizmy. Doświadczana przez nich frustracja zmniejsza możliwość wyborów innych punktów patrzenia i sposobów rozwiązywania problemów. Zagrożenie dostępności powoduje u dziecka lęk, złość i smutek (które w normalnych, tzn. bezpiecznych, warunkach będą najczęściej komunikatami o ważności tej relacji). Rodzice, nie mogąc dostrzec przyczyn lęków, smutku i złości dziecka odbierają je jako niewspółpracujące, negatywistycznie nastawione, złośliwe itp.

Z kolei wrażliwość⁴ rodziców odnosi się do możliwości adekwatnego rozpoznawania przyczyn zachowań dziecka i podążania za jego sygnałami. Podobnie jak dostępność, może być ona zagrożona przy silnym zaabsorbowaniu ich własnymi problemami (depresja, uzależnienia, bezrobocie), co powoduje swego rodzaju separację w relacji z dzieckiem. Odpowiednia wrażliwość rodziców będzie warunkowała ich dostosowanie się do nowych zdolności dziecka.

Z tej perspektywy kluczowym momentem dla powstawania zaburzeń będzie pojawienie się problemów komunikacyjnych w relacji dziecka z rodzicem (rys. 1). Przy

⁴ Termin „wrażliwość” bywa też czasami w literaturze polskojęzycznej zastępowany określeniem „responsywność”. Brak w języku polskim odpowiedniego słowa do podkreślenia tego, co w języku angielskim oznacza „responsive” – szybkie, spontaniczne czy wręcz entuzjastyczne reagowanie w pozytywny sposób.

czym istotny będzie tu aspekt subiektywny tej sytuacji, tzn. to, czy samo dziecko spostrzega takie nieprawidłowości tej relacji, których konsekwencją jest doświadczanie rodzica jako nieosiągalnego i utrata poczucia bezpieczeństwa. Doprowadza to do nasilenia się u dzieci lęków i złości oraz powiązanych z nimi zachowań obronnych, które mogą być opisane jako symptomy. Tu następuje ważny moment, a mianowicie zachowania te prowokują odpowiedź rodzica. Może ona zmniejszać zachowania obronne dziecka, gdy rodzic spostrzeże i adekwatnie do niezaspokojonych potrzeb dziecka zareaguje, albo też – może spowodować nasilenie symptomów, spowodowane pominięciem lub wyolbrzymieniem problemów dziecka. W taki sposób może się zaczynać błędne koło dziecięcych lęków i złości oraz rodzicielskiej frustracji. Z perspektywy klinicznej i terapeutycznej przydatne będzie rozróżnienie, w jakim stopniu brak bezpieczeństwa jest przyczyną symptomów, jak np. w zaburzeniach emocjonalnych, a w jakim podtrzymuje je, jak może być w przypadku dzieci z trudnościami szkolnymi czy ADHD.



Rys. 1. Konsekwencje trudności komunikacyjnych w relacji dziecka z rodzicem

Pojawienie się symptomów ma swoje konsekwencje dla rodzinnych relacji. Zmieniają się relacje zarówno rodziców z dzieckiem, jak i między rodzicami. W pierwszym przypadku warto zwrócić uwagę na kilka elementów. Jednym z nich jest zdolność

rodzica do podążania za dzieckiem i rozumienia jego zachowań, co będzie wyraźnie warunkowało odpowiedzi na zachowania dziecka. Wspominałem już o tym przy okazji wrażliwości rodziców. Szczególnie istotne w takich problemowych sytuacjach mogą się okazać komunikacyjne zdolności rodziców, takie jak bezpośrednie wyrażanie własnych myśli i uczuć, ustalanie jasnych i adekwatnych do wieku dziecka, norm dotyczących jego zachowania i informowanie go o tym, a także zdolność do niekomunikowania lub minimalnego komunikowania swoich własnych emocji związanych ze stresem.

Ważną będzie też zdolność rodzica do negocjacji i elastyczności w rozwiązywaniu problemów, polegająca na bezpośredniej komunikacji i wzajemnym zrozumieniu. Trzeba pamiętać, iż niezaangażowanie dziecka w rozwiązanie problemu może wynikać z jego wcześniejszych doświadczeń z rodzicem, który ignorował je, nie rozumiał czy odrzucał jego sygnały. I w końcu, istotną będzie zdolność rodzica do identyfikowania i zmiany percepcji jego samego przez dziecko jako osoby nieosiągalnej, zamkniętej (nie udzielającej adekwatnej odpowiedzi) czy też odrzucającej.

Powyższe uwagi dotyczące możliwych źródeł powstawania zaburzeń emocjonalnych u dzieci mogą też być odniesione do młodzieży. Autorzy zajmujący się problematyką przywiązania stosunkowo dużo miejsca poświęcają dzieciom i dorosłym, a okres adolescencji jest często pomijany. A przecież właśnie wtedy dochodzi do wielu niezwykle istotnych zmian. Obok więzi rodzinnych pojawiają się więzi rówieśnicze oraz z partnerem, które wymuszają konieczność przeformułowania tych pierwszych. W relacjach między rodzicami i nastolatkami może dochodzić do emocjonalnych odcięć albo pojawienia się dysfunkcyjnej zależności. Z perspektywy teorii przywiązania unikalną specyfiką okresu adolescencji jest równoczesne pozostawanie w bliskości i separowanie się. Podobnie jak dla dziecka bezpieczne przywiązanie będzie warunkowało eksplorowanie świata i zdobywanie nowych umiejętności, tak tutaj będzie ono umożliwiała eksplorowanie nowych ról i rozwój autonomii. Osiąganiu równowagi pomiędzy bliskością i autonomią, jak też procesowi negocjowania własnej tożsamości często towarzyszą konflikty, które w tym okresie rozwojowym mogą być traktowane jako wyraz bezpiecznego przywiązania [28].

Interesujących danych dostarczyły badania nad samooceną dziewcząt w okresie dojrzewania (29, za: 28]. Badano jej związki ze zgodnością pomiędzy oczekiwaniami matek wobec córek i tym, jakie one były, oraz wspieraniem ich autonomii. Okazało się, iż najwyższa samoocena była u dziewcząt, u których nie było zgodności pomiędzy oczekiwaniami ich matek a oczekiwaniami ich samych wobec siebie, ale które za to doświadczały największego wsparcia dla swojej autonomii. Średnia samoocena była u dziewcząt, u których ta zgodność występowała, a najniższa, gdy dochodziło do tego małe wsparcie dla autonomii. Tak więc, pomimo konfliktów dotyczących tożsamości, najważniejsze okazało się wspieranie autonomii.

W przypadku nastolatków perspektywa teorii przywiązania może pomóc w zrozumieniu wielu zachowań charakterystycznych dla tego okresu. Nie muszą one od razu być spostrzegane jako wyraz zaburzeń, lecz mogą wyrażać w sposób symboliczny niezaspokojone potrzeby czy też stanowić strategię pozostawania w bliskości, będącą tym samym ochroną przed odrzuceniem.

Pojawienie się symptomów u dziecka będzie też miało swoje konsekwencje dla relacji rodzicielskiej. Można przypuszczać, iż uaktywnią się czy też nasilą wzory przywiązania u rodziców i ich własne reakcje emocjonalne. Mogą one uniemożliwić rodzicom dostrzeżenie potrzeb dziecka czy też znalezienie alternatywnych sposobów rozwiązania problemu. Będzie tak zwłaszcza wtedy, gdy nie rozwiążą oni wcześniej swoich własnych problemów przywiązaniowych i będą starali się to robić w relacji z dzieckiem. Zostanie też poddana próbie możliwość dawania sobie nawzajem wsparcia, przez bycie dla siebie figurami przywiązaniowymi. W szerszym kontekście jest to też sprawdzian możliwości otrzymania wsparcia z innych relacji rodzinnych, co ważne – bez podważania ich kompetencji rodzicielskich.

Podsumowanie

Jak się wydaje, teoria przywiązania, nawet jeśli nie jest całkiem nowym spojrzeniem na zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży, to przynajmniej może pomóc w znalezieniu istotnych aspektów relacji rodziców z dziećmi, które mogą do nich prowadzić. Może mieć to swoją wartość nie tylko w kontekście oceny czy opisu funkcjonowania członków rodziny w ich relacjach, ale też podejmowania prób ich zmiany. Podstawowe założenie, które tutaj przyjęto, wiąże powstawanie symptomów zaburzeń z brakiem poczucia bezpieczeństwa. Jest ono tym czynnikiem, który wpływa na większą kontrolę emocji i zachowań, daje możliwość refleksji nad sobą i swoim funkcjonowaniem, większej poznawczej elastyczności, przez co możliwe staje się uwzględnianie alternatywnych rozwiązań problemów. Droga od opisu symptomu do dostrzeżenia specyfiki relacji rodzinnych, zarówno między dziećmi i rodzicami, jak i w szerszym kontekście rodzinnym, z uwzględnieniem kontekstu społecznego, czy też własnych przywiązaniowych wzorców rodziców, zwiększa możliwość zrozumienia, jakie potrzeby wyrażają zachowania, często opisywane jako symptomy choroby.

Dla terapeutów teoria ta może być pomocna w przejściu od objawów czy rodzinnych problemów do mechanizmów, które je spowodowały lub/i podtrzymują. Przez uwzględnianie zarówno czynników intrapsychicznych, jak i interpersonalnych może też przyczynić się do integracji różnych podejść teoretycznych. Stwarza możliwość zrozumienia relacji terapeuty z pacjentem, dla którego on sam staje się figurą przywiązaniową. Jednak podczas pracy z rodzicami dziecka, u którego występują zaburzenia emocjonalne, nie można pozwolić na przerzucenie odpowiedzialności za zmiany na terapeute, który raczej powinien dać wsparcie rodzicom, aby oni sami dokonali zmiany.

Эмоциональные нарушения у детей и молодежи с перпективы теории привязанности

Содержание

Эмоциональные нарушения у детей и молодежи можно объяснить с точки зрения различных этиологических концепций. Одна из них – это теория привязывания, предложенная Болби, которая обращает внимание на зависимости между спецификой реляции ребенка с близкими ему лицами и появляющимся у него поведением. Это последнее в определенных условиях могут быть описываемы как симптомы. Поведения, связанные с привязанностью, как правило, не объясняют целиком появления нарушений, которые, однако, могут быть рассматриваемы как

фактор риска. Ценностью этой теории является также факт, что она может быть использована при интеграции различных подходов к эмоциональным нарушениям. Может объяснить их появление с участием интерпсихических и интерперсональных факторов.

Emotionelle Störungen bei Kindern und Jugendlichen aus der Perspektive der Bindungstheorie

Zusammenfassung

Die emotionellen Störungen bei Kindern kann man erklären, indem man sich auf unterschiedliche ätiologische Ideen beruft. Eine von ihnen ist die Bindungstheorie, die von Bowlby entwickelt wurde. Sie macht auf die Abhängigkeiten zwischen der Spezifik der Relation des Kindes mit den Nächsten und dem bei ihm erscheinenden Verhaltenssystem aufmerksam, das unter manchen Bedingungen als Symptome beschrieben werden kann. Das Verhaltenssystem, das mit der Bindung verbunden ist, erklärt natürlich im Ganzen die Entstehung der Störungen nicht, es kann aber als Risikofaktor betrachtet werden. Der Vorteil dieser Theorie ist auch die Tatsache, dass sie auch bei dem Integrieren unterschiedlicher Einstellungen zu den emotionellen Störungen behilflich sein kann, besonders durch die Berücksichtigung in ihrer Entstehung sowohl der intrapsychischen als auch der interpersonalen Faktoren.

Les troubles émotionnels des enfants et des adolescents analysés du point de vue de la théorie de l'attachement

Résumé

Les troubles émotionnels des enfants et des adolescents peuvent être expliqués à la base de plusieurs théories étiologiques. La théorie de l'attachement de Bowlby est une de ces théories. Elle accentue les corrélations des relations spécifiques de l'enfant avec ses prochains et ses comportements qui peuvent être considérés parfois, dans certaines circonstances, comme symptômes. Ces comportements liés avec l'attachement n'expliquent évidemment tous les troubles, pourtant on peut les traiter comme facteur du risque. Cette théorie de l'attachement a encore d'autre avantage – elle aide à intégrer plusieurs d'autres approches théoriques des troubles émotionnels en prenant en considération les facteurs interpersonnels et intra psychiques.

Piśmiennictwo

1. Bowlby J. *Attachment and loss* (t. I). London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1969.
2. Bowlby J. *Attachment and loss* (t. II). London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1973.
3. Bowlby J. *Attachment and loss* (t. III). London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1980.
4. Zazzo R. *Przywiązanie*. W: Zazzo R, red. *Przywiązanie. Ujęcie interdyscyplinarne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1978.
5. Sullivan RM, Landers M, Yeaman B i in. *Good memories of bad events in infancy*. *Nature* 2000; 38.
6. Fromm-Reichmann F. *Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy*. *Psychiatriy* 1948; 11: 263–273.
7. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J. *A note on the double bind*. *Fam. Proc.* 1962; 1: 103–113.
8. Bomba J. *Przywiązanie a rozwój mózgu*. *Przegląd Lekarski* 2004; 11: 1272–1274.
9. Zelenko M, Kraemer H, Huffman L, Gschwendt M, Pageler N, Steiner H. *Heart rate correlates of attachment status in young mothers and their infants*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2004; 5: 470–476.

10. Sidor A. *Nie samym mlekiem żyje niemowlę. Wyniki psychoanalitycznych badań nad niemowlętami.* Now. Psychol. 2003; 2: 21–36.
11. Johnson SM. *Introduction to attachment. A therapist's guide to primary relationship and their renewal.* W: Johnson SM, Whiffen VE, red. *Attachment processes in couple and family therapy.* New York, London: The Guilford Press; 2003, s. 3–17.
12. Guttmann-Steinmetz S, Crowell JA. *Attachment and externalizing disorders: A developmental psychopathology perspective.* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2006; 4: 440–451.
13. Kobak R, Mandelbaum T. *Caring for the caregivers. An attachment approach to assessment and treatment of child problems.* W: Johnson SM, Whiffen VE, red. *Attachment processes in couple and family therapy.* New York, London: The Guilford Press; 2003, s. 144–164.
14. Ainsworth M, Blehar M, Waters M, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
15. Dornes M. *Bindungstheorie und psychoanalyse.* Psyche 1998; 4: 299–348.
16. Fonagy P. *Mental representations from an intergenerational cognitive science perspective.* Inf. Ment. Health J. 1994; 15: 59–65.
17. Fonagy P. *Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentationen für die Bedeutung und das Wachstum des Kindes.* Psyche 1998; 52: 349–368.
18. Senator D. *Wczesnodziecięca trauma relacyjna.* Now. Psychol. 2005; 1: 5–24.
19. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
20. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, wyd. 2. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 2000.
21. *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC: 0-3).* Washington, D.C.: Zero to Three; 1994.
22. Spitz AR. *Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood.* Psychoanal. Study Child 1945; 1: 53–74.
23. Bowlby J. *Process of mourning.* Int. J. Psycho-Anal. 1961; 42: 317–340.
24. Schore AN. *The effects of a early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health.* Inf. Ment. Health J. 2001; 22: 201–269.
25. Wood BL. *Beyond the „psychosomatic family”: A biobehavioral family model of pediatric illness.* Fam. Proc. 1993; 32: 261–278.
26. Wood BL, Klebba KB, Miller BD. *Evolving the biobehavioral family model: The fit of attachment.* Fam. Proc. 2000; 3: 319–344.
27. Minuchin S. *Families and family therapy.* Cambridge: Harvard University Press; 1974.
28. Moretti MM, Holland R. *The journey of adolescence. Transitions in self within the context of attachment relationships.* W: Johnson SM, Whiffen VE, red. *Attachment processes in couple and family therapy.* New York, London: The Guilford Press; 2003, s. 234–257.
29. Moretti MM, McKay S. *Self-discrepancy in adolescents: Parental autonomy support and self-esteem in girls.* Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington D.C.; 2000.
30. Main M, Solomon J. *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern.* W: Brazelton TB, Yogman MW, red. *Affective development in infancy.* Norwood, NJ: Ablem; 1986, s. 95–124.

Adres: Instytut Psychologii
Uniwersytet Jagielloński
31-120, Kraków, al. Mickiewicza 3

Otrzymano: 5.09.2007
Zrecenzowano: 28.11.2007
Przyjęto do druku: 16.04.2008