

Zaburzenia więzi jako efekt wczesnodziecięcego krzywdzenia dziecka

Anna Szczepaniak

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę

Definicja krzywdzenia dzieci wskazuje, że jest to każde działanie lub bezczynność jednostki, instytucji lub społeczeństwa jako całości i każdy rezultat takiego działania lub bezczynności, który deprywuje równe prawa i swobody dzieci i/lub zakłóca ich optymalny rozwój (Gill D.G). Celem niniejszego artykułu jest wskazanie i podkreślenie znaczenia pierwotnego krzywdzenia, prymarnego opuszczenia i najwcześniejszej bezczynności jakiej dopuszczają się najbliższe osoby w życiu dziecka. Przedstawiono w nim ogólne założenia i rozumienie teorii przywiązania oraz ich kliniczne implikacje.

SŁOWA KLUCZOWE:

INTERAKCJA RODZIC-DZIECKO, STYLE PRZYWIĄZANIA, TRAUMA, ZABURZENIE

Wprowadzenie

Przyglądając się etapom rozwoju człowieka, widzimy, jak są dynamiczne i zróżnicowane. Czas niemowlęcy jest niezwykle, gdyż w żadnym innym etapie nie przechodzimy tak wielu zmian, w tak wielu sferach. To właśnie w pierwszym roku życia tworzą się podwaliny kształtującej się osobowości, których źródło ma związek z jakością relacji między dzieckiem a rodzicem. Sposób, w jaki rodzic zaspokaja podstawowe potrzeby psychiczne dziecka, tj. potrzebę bezpieczeństwa, akceptacji, afiliacji (przynależności) oraz uwagi i miłości, warunkuje rozwój więzi dorosłego z dzieckiem oraz przywiązania dziecka do rodzica. Stworzenie więzi jest kluczowym aspektem rozwoju, który ma fundamentalne znaczenie w dalszym życiu człowieka. Jakość wczesnych relacji dziecka z rodzicem i ich wpływ na dalsze funkcjonowanie

społeczne i emocjonalne, stanowi istotę rozumienia problemów psychicznych u dzieci i młodzieży. W praktyce klinicznej coraz więcej diagnoz dotyczy szeroko rozumianych zaburzeń afektywnych u dzieci i młodzieży. Poszukując przyczyn zaburzeń obserwowanych u dzieci, dużą wagę przykładana się do sytuacji rodzinnej (struktury i mechanizmów systemu rodzinnego), przebiegu rozwoju psychofizycznego dziecka oraz analizy jego zachowań i emocji. Zdarza się jednak, że pomijany jest problem wzajemnych relacji między rodzicami a dzieckiem we wczesnym okresie rozwoju, które tworzą podstawy jego funkcjonowania społecznego i emocjonalnego. W sytuacji, kiedy dziecko ma za sobą historię krzywdzenia, porzucenia czy opieki zastępczej, zebranie anamnezy rozwojowej bywa bardzo trudne. Warto jednak, żeby klinicysta na tyle, na ile jest to możliwe uwzględniał aspekt relacyjny w swoich hipotezach diagnostycznych.

Powstanie teorii przywiązania

Początki rozważań i badań nad wpływem relacji z matką na rozwój psychiczny dziecka sięgają początków XX wieku. Długoletnie obserwacje dzieci oderwanych od opiekunów czy pozbawionych ciągłej, prawidłowej opieki ze strony jednej osoby pokazały, że brak lub zerwanie we wczesnym etapie życia bliskiej relacji dziecka z dorosłym powoduje negatywne, często nieodwracalne skutki dla rozwoju (Słaboń-Duda, 2011).

W 1946 r. Spitz opublikował badania prowadzone w domach dziecka w Ameryce Południowej (Spitz, 1946). Wykazały one, że rozwój niemowląt, które mogły nawiązać kontakt z jedną osobą w zindywidualizowanej relacji, przebiegał znacznie lepiej niż dzieci, które były tego kontaktu pozbawione. Symptomy utraty bądź zerwania więzi opisał jako depresję anaklityczną – dzieci te ujawniały gwałtowny regres w rozwoju, który nierzadko doprowadzał do śmierci.

Anna Freud w latach 20. włączyła do swojego projektu psychoanalitycznej psychologii dziecka bezpośrednią obserwację dzieci. Jej długotrwałe obserwacje dzieci ewakuowanych z bombardowanego Londynu i umieszczanych w *Hampstead War Nurseries* dowodziły, jak ważna z perspektywy rozwoju emocjonalnego dziecka jest obecność matki. Okazało się bowiem, że lepiej dla ciągłości rozwoju być z matką, nawet w bardzo trudnych warunkach, niż zyskać fizyczne bezpieczeństwo, płacąc za to rozstaniem z nią (Freud, 1936/2004). Koncepcja Anny Freud wpłynęła nie tylko na rozwój psychoanalizy dziecka, ale również na ówczesne prawo rodzinne i opiekuńcze,

gdyż kładła nacisk na pomoc rodzinom dysfunkcyjnym zamiast umieszczania dziecka w placówce opiekuńczej.

Kolejnym przełomem w rozumieniu wagi więzi były prace Melanie Klein i sformułowana przez nią teoria relacji z obiektem. Zgodnie z teorią Klein zasadniczą rolę w rozwoju dziecka przypisano matce, relacja z nią we wczesnym dzieciństwie staje się zinternalizowana (uwewnętrzniona) i stanowi podstawę tworzącej się struktury osobowości (Segal, 2005).

Odkrycia Anny Freud i teoria Melanie Klein były prologiem do opracowania przez Bowlby'ego teorii przywiązania. Teoria ta stanowi bazę współczesnej wiedzy na temat więzi oraz źródło ważnych spostrzeżeń wyjaśniających wiele ludzkich zachowań. Zdaniem Bowlby'ego sposób, w jaki przywiązujemy się do naszego pierwszego opiekuna, rzutuje na nasze relacje z ludźmi oraz wpływa na opinie o nas samych, a także silnie oddziałuje na kondycję psychiczną. Jakość kontaktu dziecka z pierwotnym opiekunem staje się relacyjną matrycą, która w dużej mierze replikuje się w relacjach z innymi.

Twierdzenie, że potrzeba przywiązania jest instynktowna i wrodzona obecnie wydaje się oczywiste, jednak gdy Bowlby tworzył podstawy swojej teorii dominowały równolegle dwie perspektywy – psychoanalityczna i behawioralna. Bowlby (1996) określał przywiązanie jako instynktowną, opartą na mechanizmach biologicznych, głęboką więź uczuciową między dzieckiem a opiekunem. Zdaniem autora przywiązanie formuje się w pierwszym roku życia i staje się prekursorem późniejszych relacji społecznych człowieka. Bowlby twierdził, że zachowanie przywiazaniowe to takie, którego celem jest osiągnięcie lub utrzymywanie bliskości z daną osobą, co w konsekwencji warunkuje przetrwanie gatunku.

Wielki wpływ na myślenie twórcy teorii przywiązania miały obserwacje etologów, dotyczące interakcyjnych zachowań zwierząt, które nie były związane z ich potrzebami fizjologicznymi. Zjawisko imprintingu (wdrukowania), opisane przez Lorenza, zaczęto odnosić również do małych dzieci, uznając, że ekwiwalentem podążania za matką może być np. uśmiech dziecka, przykuwający uwagę matki. Eksperyment Harlowa na małpach również wskazał, że samo zaspokajanie potrzeb pokarmowych niemowlęcia przez matkę nie jest podstawą kształtowania się więzi. Istotnym czynnikiem determinującym rozwój okazała się potrzeba bliskości.

Bowlby opracował teorię przywiązania, obserwując, jak niemowlęta przywiązują się do swoich głównych opiekunów. Na podstawie tych obserwacji wyróżnił cechy ewoluującego zbioru zachowań każdego dziecka: a) potrzebę tworzenia więzi, b) protesty w odpowiedzi na separację, c) lęk przed obcymi i d) działania eksploracyjne. Bowlby wykazał, że niemowlęta mają silną motywację, aby szukać fizycznego

kontakty ze swoimi matkami i aby z tego kontaktu nie rezygnować. Cel tego zachowania jest prosty – przetrwanie.

Gdyby potraktować Bowlby'ego jako ojca teorii przywiązania, to matką byłaby Mary Ainsworth. To właśnie ona swoją pionierską pracą niezwykle poszerzyła wiedzę na temat przywiązania i stworzyła trzy rodzaje wzorców przywiązania dziecka do matki. Badaczka ta stwierdziła, że reakcja dziecka na separację wiąże się nie tyle z fizyczną nieobecnością matki, ile z nagłą zmianą w jej zachowaniu (Ainsworth, 1985). Ta nieoczekiwana zmiana wywołuje lęk separacyjny dziecka, którego jakość i siła wskazuje nam siłę przywiązania. Teza ta posłużyła Ainsworth do opracowania metody badawczej nazywanej „procedurą obcej sytuacji” (*strange situation*; Ainsworth, 1993). Metoda ta bada istniejące różnice indywidualne w stylach przywiązania u niemowląt. Polega na 20-minutowej rejestracji reakcji dziecka na dwukrotne rozstanie z opiekunem (maksymalnie 3 minuty) i jego powrót. Przy pierwszej separacji matka, wychodząc pozostawia obcą osobę w pokoju, przy drugiej separacji dziecko przez pewien czas przebywa samo, po czym nieznaną mu osobą wchodzi do pokoju. Dziecko jest obserwowane podczas całej procedury badawczej, kluczowym momentem badania jest czas po powrocie matki. Reakcje dziecka klasyfikuje się jako znamienne dla określonego wzorca przywiązania. Chcąc je uporządkować, podzielono je na styl bezpieczny i style pozabezpieczne:

- **wzorec B** – przywiązanie bezpieczne – kształtuje się wówczas, gdy dziecko jest pewne, że obiekt przywiązania jest łatwo dostępny i wrażliwie reaguje na sygnały płynące od niego, pomagając mu w sytuacjach trudnych. Aktywność matki i dziecka uzupełnia się w taki sposób, że zachowania matki są adekwatną odpowiedzią na potrzeby dziecka, co daje mu możliwość spokojnego eksplorowania otoczenia, swobodnego odnoszenia się do matki i poszukiwania w jej ramionach ukojenia w sytuacji stresu. Dziecko jest zainteresowane kontaktem z matką, ale również przyjacielsko odnosi się do osób obcych;

W grupie stylów pozabezpiecznych mieszczą się:

- **wzorec A** – przywiązanie lękowe unikające – charakteryzuje się brakiem u dziecka zaufania do matki. W przypadku potrzeby bliskości lub wsparcia spodziewa się ono raczej odrzucenia i braku pomocy. Przewidując zranienie, prezentuje zachowania obronne i unika bliskiego kontaktu z matką. Jest przyjazne wobec obcych osób i nie przejawia reakcji dystresu na rozłąkę. Często w sytuacji rozdzielania z matką reaguje obojętnością, a po jej powrocie nie dąży do kontaktu. Pozorna „samowystarczalność” dziecka zaburza jego rozwój emocjonalny. Kształtowanie się takiego wzorca u dziecka jest wynikiem braku dostępności fizycznej

i psychicznej obiektu przywiązania. Matka dąży do tego, by dziecko „pocieszało się samo”, może być zarówno intruzywna wobec dziecka jak i odrzucająca;

- **wzorzec C** – przywiązanie lękowe ambiwalentne – cechuje je brak pewności dziecka, że matka jest dla niego dostępna. Przejawia ono niepewność i silny lęk związany z separacją od niej. Dziecko nie jest zdolne do swobodnej eksploracji otoczenia, często wykazuje tendencję do lękowego przywierania do matki, stawiając równocześnie opór przed kontaktem i interakcją z nią. Często złości się na matkę, przerywa kontakt fizyczny i nie jest skłonne do dzielenia się z nią swoimi przeżyciami. Ta ambiwalentna postawa wobec obiektu przywiązania (poszukiwanie bliskości vs unikanie) prowadzi do nieadaptacyjnych zachowań i zaburza rozwój emocjonalny dziecka. Determinującym czynnikiem takiego wzorca jest postawa matki cechująca się brakiem spójności i stabilności (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978).

W 1990 r. Main i Salomon opisały czwarty wzorzec przywiązania dostępny w diagnozie *obcej sytuacji*. Był nim typ D – przywiązanie zdeorganizowane – dzieci z takim stylem prezentują brak stałego czy spójnego wzorca przywiązania. W jednej chwili przejawiają silne zachowania przywiązaniowe, a następnie unikają kontaktu, zastygają w bezruchu lub wpatrują się w jeden punkt. Można u nich zaobserwować stereotypie ruchowe, przyjmowanie dziwnych póz, sztywnienie oraz zachowania wskazujące na lęk przed opiekunem. Bliski dorosły jest bowiem dla dziecka źródłem zarówno silnego dystresu, jak i komfortu. Przyczyn tego typu zachowania szuka się najczęściej w traumatycznych doświadczeniach dziecka (krzywdzenia, zaniedbywania lub choroby psychicznej rodzica; Słaboń-Duda, 2011). W stylu zdeorganizowanym opiekun reaguje w sposób impulsywny i nieprzewidywalny, co często może mieć związek np. z nadużywaniem przez niego alkoholu, substancji psychoaktywnych, z jego chorobą psychiczną lub przemocą domową – maltretowaniem czy zaniedbywaniem dziecka. Dziecko wykazuje niewielką zdolność radzenia sobie, w sposób nieprzewidywalny stosuje strategie typowe dla grup lękowo unikającej oraz lękowo ambiwalentnej. Figura przywiązania, która jest źródłem bezpieczeństwa, stanowi również źródło przerażenia, tak więc jakiegokolwiek wzbudzenie całego systemu przywiązaniowego uruchamia silny konflikt motywacyjny między dążeniem „do” i „od”. Pragnienie bliskości przeplata się z lękiem, nienawiścią i agresją. Dziecko nie potrafi przewidzieć zagrożenia, tym samym nieustannie jest w napięciu i gotowości. Doświadcza niepokoju, wobec którego jest bezradne, jest więc lęklive, nieporadne i żyje w stanie silnego pobudzenia oraz rozregulowanych emocji. Wyraża strach i złość, bywa zdeorientowane i bojaźliwe. Strach takiego dziecka ma charakter

intruzywny i aby sobie z nim poradzić, doświadcza nagłego zahamowania emocjonalnego. Mało wyraźnie reaguje na ból i miewa nieoczekiwane napady złości (Taylor, 2010). Rozwój dzieci ze zdeorganizowanym stylem przywiązania ma zachwianą cykliczność. Dzieci do 2 lat lub 2,5 roku zaczynają się zachowywać w sposób zdeorientowany i zdeorganizowany – unikają kontaktu wzrokowego, płaczą cicho lub zbliżają się do opiekuna, zakrywając oczy z przestraszonym wyrazem twarzy. Starsze dzieci, które mają już pewne umiejętności społeczno-poznawcze i interpersonalne, rozwijają strategie radzenia sobie na krótką metę i w dysfunkcyjny sposób (Main, Hesse, 1990). Dzieci te stają się niezwykle wyczułone na emocje rodzica, niejako przejmując nad nim opiekę, oferując wsparcie i pocieszenie.

Zdeorganizowany styl przywiązania stwarza tym samym największe ryzyko powstania w przyszłości zaburzeń psychicznych. Przyczyn powstawania tego stylu przywiązania szuka się najczęściej w traumatycznych wydarzeniach w historii życia tych dzieci. Ich rodzice opisywani są jako wykazujący na przemian bezradność i wrogość. Przybiera to obraz lękowej interakcji dziecko–rodzic, nawet jeśli brakuje zagrażającego kontekstu. Przykładem tego może być stresująca sytuacja, która doprowadza do aktywacji systemu zachowań przywiazaniowych dziecka (*attachment behavioral system*), czyli zachowań mających na celu kontakt z opiekunem, np. prób przywierania, uśmiechania, podążania, płaczu i krzyku dziecka. Uruchamiając wymienione zachowania, dziecko próbuje nawiązać kontakt z dorosłym, rodzic jednak w efekcie odczuwa silny lęk, w konsekwencji nie reaguje i nie udziela dziecku wsparcia – tylko abdykuje ze swojej roli rodzicielskiej (Żechowski, Namysłowska, 2008). Opisy opiekunów dzieci przejawiających pozabezpieczne style przywiązania wskazują, że oni sami prawdopodobnie doświadczyli traum, które teraz uniemożliwiają nawiązanie bliskości, dającej poczucie bezpieczeństwa relacji z dzieckiem. Replikowanie wzorców przywiazaniowych tłumaczone jest na różne sposoby. Fonagy uważa, że dokonuje się to wraz z wytworzeniem wewnętrznych reprezentacji psychicznych dziecka i opiekuna. Odbywa się to przy udziale mechanizmu opisanego jako funkcjonowanie refleksyjne, które umożliwia nie tylko odzwierciedlanie dziecku jego stanów emocjonalnych przez matkę, ale też przetwarzanie i modulowanie trudnych emocji. Warto podkreślić jednak, że traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa rodziców nie muszą determinować problemów z więziami w następnych generacjach dzięki autorefleksyjności rodziców (Fonagy, 1994).

Rodzaj interakcji rodzic–dziecko a powstanie wewnętrznych modeli operacyjnych

Adekwatność interakcji rodzic–dziecko będzie również widoczna w balansie między dwoma przeciwstawnymi dążeniami dziecka – do bliskości i do eksploracji. Istotę tego stosunku stanowi dążenie do bliskości. Potrzeba bezpieczeństwa płynąca z bliskości opiekuna, który stanowi spokojną przystań, zapewnia ochronę i otacza troską, ściąga się z dążeniem do eksploracji i zabawy – w tym kontekście zaś figura przywiązania zapewnia bezpieczną bazę, z której można odkrywać świat (Taylor, 2010). W procesie wyboru figury przywiązania nie ma znaczenia, czy jest ona biologicznym rodzicem, czy jest płci żeńskiej, czy zaspokaja fizyczne potrzeby dziecka i czy zapewnia mu nieustanną opiekę. Fonagy dowodzi, że dziecko jest w stanie stworzyć inne style przywiązania z każdym opiekunem. Dla powstania więzi ważna jest jakość interakcji. Poświęcany biernie czas i sprawowanie podstawowej opieki nie są wystarczające. Najważniejsza zdaje się być zabawa, czyli responsywność w odniesieniu do myśli i uczuć dziecka. Odzwierciedlanie, kontenerowanie uczuć dziecka oraz mentalizowanie jego stanów np. poprzez zabawę – wszystko to z biegiem czasu przekłada się na zaufanie, poczucie bezpieczeństwa i przywiązanie. Zachowania opiekunów względem dziecka kształtują wewnętrzne modele operacyjne, czyli zbiór fundamentalnych przekonań na temat siebie i innych. Modele te są mentalną reprezentacją siebie, budowaną na podstawie doświadczeń. To właśnie rodzice/opiekunowie są głównymi budowniczymi samooceny dziecka i jego obrazu świata. Wewnętrzna reprezentacja samego siebie oraz wewnętrzny obraz figury przywiązania powstają w sposób komplementarny. Jeżeli dziecko jako niemowlę doświadczało akceptacji swoich wysiłków związanych z poszukiwaniem bliskości, to ma wewnętrzny model operacyjny różniący się zasadniczo od modelu dziecka, które spotkało się z hamowaniem albo niekonsekwentną akceptacją takich zachowań. Kiedy potrzeby przywiązaniowe są zaspokajane, dziecko tworzy wewnętrzny model siebie jako osoby wzbudzającej miłość, wartościowej i skutecznej. Innych ludzi zaś postrzega jako dostępnych, zainteresowanych, kochających i responsywnych. Przeżywa siebie jako jednostkę zdolną do dawania, ale i przyjmowania miłości. Jeżeli zaś potrzeby przywiązaniowe nie są zaspokajane, wewnętrzny model staje się negatywny. Dziecko postrzega siebie jako nieinteresujące, mało wartościowe i niechciane. Stworzony przez dziecko model „innych dorosłych” sugeruje zaś, że ludzie często dopuszczają się zaniedbań, odtrącają, są nieresponsywni i wrodzy (Taylor, 2010).

Powstawanie wewnętrznych modeli operacyjnych determinuje, z jakim przekonaniem na swój temat dziecko, a następnie dorośli, wchodzi w relacje z innymi

ludźmi. Jak przeżywa siebie i otaczający go świat. Wewnętrzne modele operacyjne wpływają zatem na rozwój osobowości dziecka.

Rozwój mózgu a przywiązanie

Współcześnie wiemy, że relacja matki i dziecka jest cyrkularna i na tę wzajemność wskazują nie tylko kliniczne obserwacje tych relacji, ale też badania nad rozwojem mózgu (Bomba, 2004). Badania te dowodzą silnej zależności między wzajemnym dostrojeniem się matki i niemowlęcia. Jakość więzi, jej stałość i siła mają zasadnicze znaczenie dla rozwoju układu neurologicznego i neurohormonalnego małego dziecka. Zdaniem Schore'a od okresu późnej ciąży do 2 r.ż. dochodzi do intensywnych zmian reorganizacyjnych w mózgowiu, zwłaszcza w prawej półkuli mózgu, odpowiedzialnej za rozwój funkcji przywiązania. Proces ten polega na tworzeniu nowych połączeń synaptycznych, obumieraniu nieużywanych, a także na mielinizacji komórek nerwowych. Wiele badań wskazuje, że połączenia, które powstają w tym okresie (obejmujące prawy zakręt hipokampa oraz prawy płat czołowy), są bezpośrednio związane z doświadczeniami więzi przeżywanymi w relacji z matką (Schore, 2001). Dziecko rodzi się z małymi zdolnościami do regulowania własnych stanów pobudzenia, a samego siebie i rzeczywistość doświadcza przez relacje z opiekunami. Interakcja między matką a dzieckiem, na drodze wzajemnego patrzenia sobie w oczy, według wyników badań stymuluje rozwój połączeń między prawą korą czołową a układem limbicznym (ciałem migdałowatym), pod warunkiem, że cechuje ją synchroniczność wzajemnych pobudeń rozdzielonych sekundowymi przerwami (Bomba, 2004). To właśnie we wzajemnych interakcjach z pierwotnymi opiekunami dziecko uczy się, jak regulować własne emocje. To, jak rodzice odczytują komunikaty dziecka, jak na nie odpowiadają, czy w interakcjach jest dużo dysharmonii i czy następuje reparacja, ma kluczowe znaczenie dla kształtowania się połączeń nerwowych. Konsekwencją niedostrojenia bądź niezaspakajania potrzeb dziecka jest zaburzony proces rozwoju funkcji układu limbicznego. Van-der Kolk twierdzi, że w wyniku stresu i nieregulowanego adekwatnie przez opiekuna pobudzenia dochodzi do zwiększonego wydzielania neurohormonów i nadmiernej stymulacji ciała migdałowatego, co może zaburzać czynność hipokampa. Skutkiem tego jest obniżenie u dziecka zdolności kategoryzacji i zapamiętywania. W takiej sytuacji pacjenci z historią traumy relacyjnej mogą mieć mniejszą poznawczą zdolność do rozumienia doświadczanych sytuacji. Z praktyki klinicznej wiemy, że werbalizacja traumatycznych przeżyć zmniejsza liczbę objawów psychosomatycznych. Niezdolność do ich wyrażania będzie tym samym nasilać

objawy traumy oraz utrudniać kontrolę impulsów. Brak zdolności do symbolicznej reprezentacji swoich stanów wewnętrznych, mający korzenie w formowaniu się niewłaściwego przywiązania, powoduje natychmiastowe przechodzenie od impulsu do reakcji, a co za tym idzie – gwałtowne i niezróżnicowane reagowanie na stres (Van der Kolk, 1994).

Trauma relacyjna

Teoria przywiązania jest właściwie teorią traumy, zrodzoną z deprivacji kontaktu z matką i separacji oraz wpływu tych doświadczeń na dzieci. Do traumy relacyjnej może dochodzić z różnych powodów, jedną z przyczyn może być brak więzi, z którym można mieć do czynienia przy częstych zmianach opiekunów lub w przypadku krytycznego zaniedbania dziecka (Senator, 2005). Trauma stanowi zagrożenie dla integralności – własnej i innych. W obliczu traumatycznych stresorów uruchamia się system zachowań przywiazaniowych (*attachment behavioral system*), który każe szukać pomocy, pociechy i bezpieczeństwa. Kiedy bezpieczeństwo okazuje się nieosiągalne lub jest zapewniane w sposób niekonsekwentny, dziecko internalizuje niebezpieczeństwa w postaci poczucia zagrożenia i tworzy umysłową reprezentację siebie jako osoby niegodnej ochrony, nieważnej. Jeśli jedyne źródło bezpieczeństwa jest też źródłem strachu, niemowlę nie może stworzyć spójnej reprezentacji bezpieczeństwa w relacji przywiązania. Te pozabezpieczne modele operacyjne każą oceniać późniejsze próby uspokojenia jako działania bezpodstawne (dziecko uważa, że nie zasługuje na pocieszenie) lub prowadzące do bolesnej interakcji z przerażającą figurą przywiązania (Taylor, 2010).

Konsekwencje stylów przywiązania – przegląd badań

Trudności wynikające z pozabezpiecznego przywiązania będą miały swoje następstwa w funkcjonowaniu rodzinnym i rówieśniczym dziecka. W okresie dojrzewania w relacjach między rodzicami i nastolatkami może dojść do emocjonalnych odcięć lub pojawienia się dysfunkcjonalnej zależności. Z perspektywy teorii przywiązania wyjątkową specyfiką okresu dojrzewania jest równoczesne pozostawanie w bliskości i separowanie się. Podobnie jak u dziecka bezpieczne przywiązanie będzie determinowało jego eksplorowanie świata i zdobywanie nowych umiejętności, tak u nastolatków będzie wzmacniało proces separacji-indywidualizacji. W przypadku nastolatków

teoria przywiązania pomaga w zrozumieniu wielu charakterystycznych dla tego okresu zachowań. Nie muszą one od razu być spostrzegane jako wyraz zaburzenia, lecz mogą w sposób symboliczny wyrażać niezaspokojone potrzeby czy też stanowić strategię pozostawania w bliskości, będąc tym samym ochroną przed odrzuceniem (Iniewicz, 2008).

W latach 80. i 90. ubiegłego stulecia przeprowadzono wiele badań wskazujących na wpływ jakości przywiązania na dalszy rozwój jednostki (Greenberg, 1999; Sroufe, Duggal, Weinfield, Carlson, 2000). Greenberg (1999) wyróżnił cztery mechanizmy, poprzez które przywiązanie „nie dające poczucia bezpieczeństwa” może stać się przyczyną późniejszego braku przystosowania. Pierwszy z nich dotyczy wspomnianych wcześniej wewnętrznych modeli operacyjnych, które w przywiązaniu pozabezpiecznym charakteryzują się brakiem zaufania, gniewem i lękiem. Drugi mechanizm to nieprawidłowa regulacja emocji (wpływająca także na organizację neuronalną struktur mózgowych). Jako kolejny mechanizm wyróżnił nieprzystosowawcze wzorce zachowań. I wreszcie czwarty mechanizm, motywacyjny – związany ze społeczną orientacją jednostki. Wzorec przywiązania może prowadzić do orientacji prospołecznej lub antyspołecznej i wyznacza poziom gotowości do socjalizacji (Stobiecka, 2001). Badania wykazały, że wzorce przywiązania i oparty na nich sposób funkcjonowania jednostki wykazują stałość także w okresie późnego dzieciństwa i dojrzewania (Sroufe i in., 2000). Regulacja emocji ma decydujące znaczenie w organizowaniu relacji z rówieśnikami i dorosłymi – wzorec bezpiecznego przywiązania determinuje tym samym efektywne i dające satysfakcję uczestnictwo w grupach rówieśniczych. Jest także prekursorem zdolności jednostki do nawiązywania relacji intymnych, kontaktów rówieśniczych z płcią przeciwną oraz zdolności do otwartości w kontaktach z innymi. W każdym wieku, począwszy od wczesnego dzieciństwa poprzez wiek szkolny i dojrzewania, dzieci charakteryzujące się bezpiecznym wzorcem przywiązania prezentują mniej problemów emocjonalnych niż dzieci z pozabezpiecznym wzorcem przywiązania. U osób z unikającym wzorcem przywiązania stwierdzono tendencje do agresji i wyższy poziom zaburzeń zachowania. Zarówno osoby z unikającym, jak i ambiwalentnym wzorcem mają większą skłonność do depresji – w pierwszym przypadku z powodu bezradności, w drugim z poczucia alienacji. Najsilniejsze korelacje z różnego typu zaburzeniami wykazuje zdeorganizowany wzorec przywiązania. Jednostki o takim wzorcu prezentują symptomy dysocjacyjne, poważne trudności w orientacji w otoczeniu społecznym oraz niezdolność do integrowania różnych aspektów doświadczenia emocjonalnego i poznawczego. Analizując więc wczesny rozwój więzi uczuciowych dziecka, zyskujemy istotne informacje na temat podstaw jego funkcjonowania społecznego, emocjonalnego, a także poznawczego

(Schaffer, 1994). Nieprawidłowości występujące we wczesnych okresach rozwoju, nie będące jaskrawymi przejawami patologii więzi, a jedynie „drobnymi” formami zakłóceń, np. wzorce przywiązania A lub C, niska responsywność matki czy przewaga regulacji emocji przez dorosłego w okresie wczesnego i późnego dzieciństwa, mogą powodować podatność na negatywne efekty późniejszych sytuacji stresowych. Pierwotne trudności w formowaniu się przywiązania osłabiają zdolność do pozytywnego rozwiązywania kolejnych kryzysów rozwojowych i utrudniają integrację kolejnych doświadczeń, a co za tym idzie powodują narastające trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym (Logan, 1986). Podsumowując, można stwierdzić za Sroufe i in. (2000), że „zaburzenia związków uczuciowych, będąc czymś więcej niż czynnikiem ryzyka, mogą stać się prekursorem indywidualnej psychopatologii, poprzez rolę jaką odgrywają w ustanawianiu fundamentalnych wzorców regulacji emocji”. Mogą być również początkiem, prowadzącym do „zaburzeń linii rozwojowej”.

Klasyfikacje zaburzeń więzi

Siła i charakter objawów może przybrać obraz zaburzeń przywiązania (*attachment disorder*). W klasyfikacjach chorób i zaburzeń – DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) i ICD-10 (*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*) – diagnoza tego problemu stawiana jest na podstawie zbioru zachowań o charakterze głównie społecznym. Wielu autorów podaje, że zaburzenia przywiązania są ciężką formą przywiązania zdezorganizowanego (Taylor, 2001). Przy stawianiu diagnozy nie bada się jednak tylko charakteru przywiązania w relacji dwuosobowej, lecz formułuje uogólnioną opinię na podstawie innych interakcji społecznych.

Klasyfikacja DSM-5 opisuje reaktywne zaburzenia więzi w wieku niemowlęcym i wczesnodziecięcym (*reactive attachment disorder – RAD*, 313.89), które rozpoczynają się przed 5 r.ż. W obrazie występują wyraźnie zaburzone i rozwojowo niedostosowane sposoby nawiązywania więzi społecznych w większości kontekstów, a przejawiające się w dwóch formach:

1. zahamowanej, czyli utrwalonej niemożności właściwego rozwojowo inicjowania lub reagowania na większość interakcji społecznych, przejawiającej się nadmiernym zahamowaniem, przesadną czujnością, znaczną ambiwalencją lub sprzecznymi reakcjami (np. na pocieszenie dziecko może odpowiadać opiekunom mieszanką zbliżania się, unikania i oporu wobec dodawania otuchy albo ujawniać chłodny dystans);

2. niezahamowanej, która charakteryzuje się rozlanymi więziami przejawianymi nieodróżnioną towarzyskością z wyraźną niezdolnością okazywania więzi dostosowanych, selektywnych (np. nadmierna poufałość wobec osób względnie obcych lub brak selektywności wyboru osób darzonych prawdziwym przywiązaniem).

Zakłócenia z kryterium 1 nie można wyjaśnić wyłącznie opóźnieniem rozwojowym (jak w przypadku niepełnosprawności intelektualnej), zaburzenie to również nie spełnia kryteriów całościowego zaburzenia rozwojowego.

Determinującym kryterium jest to, że dziecko musi mieć za sobą historię poważnego zaniedbania. Patogenne cechy opieki przejawiają się co najmniej jednym z następujących:

1. utrwalonym zaniedbywaniem podstawowych potrzeb emocjonalnych dziecka – spokoju, stymulacji i miłości,
2. utrwalonym zaniedbywaniem podstawowych potrzeb fizycznych dziecka,
3. powtarzającymi się zmianami opiekunów umożliwiającymi tworzenie się trwałych więzi (np. częste zmiany przybranych opiekunów; APA, 2013).

W klasyfikacji ICD-10 zaburzenia te ulokowano w grupie: F90–98 Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym. Opisuje je podgrupa F94 Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym, do której zalicza się: F94.0 Mutyzm wybiórczy, F 94.1 Reaktywne zaburzenia przywiązania w dzieciństwie, F94.2 Zaburzenia selektywności przywiązania w dzieciństwie, F94.8 Inne dziecięce zaburzenia funkcjonowania społecznego i F 94.9 Dziecięce zaburzenia funkcjonowania społecznego nieokreślone.

Jak widać wyróżniono dwa osobne zaburzenia przywiązania – reaktywne zaburzenia przywiązania i zaburzenia selektywności przywiązania w dzieciństwie.

Chcąc rozpocząć proces diagnozy, klinicysta musi pamiętać, że reaktywne zaburzenia przywiązania występują już u niemowląt i małych dzieci. Charakteryzują się utrwalonymi nieprawidłowymi wzorcami interakcji dziecka. W obrazie występują zaburzenia emocjonalne, wycofanie, typowe jest niereagowanie dziecka na wydarzenia w jego środowisku (brak responsywności), występuje lękliwość i nadmierna czujność, nie zmieniające się pod wpływem pocieszenia. W toku rozwoju widoczne jest ograniczenie społecznych interakcji z rówieśnikami, częsta agresja wobec siebie i innych oraz dominujące poczucie nieszczęścia.

W obrazie dochodzi do zahamowania wzrostu dziecka, co może być rezultatem zaniedbania, maltretowania czy złego obchodzenia się z dzieckiem.

Z kolei zaburzenia selektywności przywiązania w dzieciństwie opisano jako lgnięcie i przywieranie do drugiej osoby, któremu mogą, ale nie muszą, towarzyszyć bezkrytycznie przyjacielskie zachowania związane z zaburzeniami emocjonalnymi lub behawioralnymi.

Diagnoza zaburzeń więzi nie może opierać się jedynie na historii wczesnodziecięcych traum dziecka i wymaga szczegółowej obserwacji i analizy wielu obszarów jego funkcjonowania.

Podsumowanie

Przywiązanie stanowi ramę dla procesu rozwoju, która jednak ulega transformacji przez późniejsze doświadczenia. W artykule wielokrotnie podkreślano, że najwcześniejsze doświadczenia dziecka często odgrywają podstawową rolę w rozwoju psychopatologii, ważne jednak wydaje się twierdzenie Sroufe'a, że późniejsze doświadczenia są równie ważne, a różne okoliczności związane ze zmieniającym się środowiskiem mogą zmieniać rodzaj adaptacji dziecka. Przyczyna we współczesnym rozumieniu teorii przywiązania jest więc traktowana probabilistycznie, a nie deterministycznie. Warto jednak pamiętać, że im dłużej dziecko żyje w niekorzystnym dla niego środowisku, tym zmiana jest trudniejsza, choć nie jest wykluczona (Żechowski, Namysłowska, 2008). Bowlby w swych pracach potwierdzał, że proces tworzenia więzi trwa przez całe życie, a jej niezakłócone utrzymywanie jest doświadczane jako źródło poczucia bezpieczeństwa. I choć ścieżka życia dzieci krzywdzonych i opuszczonych zostaje złamana w najważniejszych momentach i często przez najważniejsze osoby, to jednak im dzieci wcześniej otrzymają wsparcie rozumiejącego jego trudności środowiska, tym prognozy na poprawę emocjonalnego funkcjonowania będą lepsze. Ciepłe doświadczenia, powstające na bazie relacji z nowymi bliskimi, mogą zastępować te bolesne. Opuszczone i naznaczone traumą dziecko nie jest dryfującą jednostką z nieodpowiednimi mechanizmami radzenia sobie. Ono żyje i walczy o przetrwanie najlepiej jak potrafi, funkcjonując w świecie relacji, w którym są zarówno czynniki ograniczające, jak i ułatwiające owo funkcjonowanie.

Relacje terapeutyczne nie powstają przypadkiem, są transakcją. Środowisko terapeutyczne w przewidywalny, troskliwy, kontenerujący, a zarazem stymulujący sposób pomaga stworzyć stabilniejszy obraz świata dziecka. Świata, w którym

dziecko przekona się osobiście, że trudne, obezwładniające emocje można okiełznać i kontrolować.

Konsekwentna dostępność, struktura, bezpieczeństwo, bezwarunkowe poszanowanie i troskliwe reakcje na przejawiane potrzeby stopniowo mogą kompensować wczesne doświadczenia związane z niedostępными czy krzywdzącymi dorosłymi. Właściwa relacja terapeutyczna, ale i rozumiejąco-wspierające otoczenie dziecka pozwalają doświadczyć mu pozytywnych interakcji. W efekcie wpływa to na proces zmian zachodzących w jego *wewnętrznym modelu operacyjnym*. Negatywny model siebie rekonstruuje się w nowy, realny obraz „ja”. W tym trudnym procesie zrywana zostaje „przesłona” traumatycznych doświadczeń, która deformowała cały obraz dziecka. „Przesłona”, która powodowała, że dziecko przeżywało siebie jako złe, niewidziane, niewarte miłości, do nikogo nieprzynależące – w konsekwencji porzucone i skrzywdzone.

Wspomnień o krzywdzie w procesie terapii nie wymażemy, nie spowodujemy, że znikną. Trauma wrasta w dziecko niczym bluszcz w ściany domu, zmieniając i osłabiając konstrukcję.

W procesie psychoterapii doświadczenia związane z traumą możemy jedynie eksternalizować, porządkować, nazywać i oswajać – czyli regulować. Głównym, a zarazem niełatwym celem, jest stworzenie relacji terapeutycznej, relacji opartej na bezpieczeństwie, którego tak bardzo brakuje w życiu krzywdzonego dziecka. Utworzenie autentycznej, bezpiecznej relacji z pacjentem warunkuje dalszy proces leczenia. Ta „laboratoryjna relacja” pozwala dziecku doświadczać i odczuwać to, czego nie mogło w relacjach z najbliższymi. Mechanizm regresji pozwoli, choć w śladowej mierze, wypełnić deficyty rozwojowe, które powstały na skutek traum wczesnodziecięcych. Terapia ma również rozwijać funkcję autorefleksyjności (mentalizacji), która tworzy dystans względem uwewnętrznionego obrazu siebie i innych. Jest to proces długotrwały i trudny, a prognoza jest zawsze uzależniona od indywidualnej historii dziecka.

E-mail autora: anna1szczepaniak@gmail.com.

Bibliografia

Ainsworth, M. (1985). Patterns of infant-mother attachments: Antecedents and effects on development. *Bulletin of New York Academy of Medicine*, 61(9), 771–790.

- Ainsworth, M. (1993). Attachment as related to mother-infant interaction. *Advances in Infancy Research*, 8, 1–50.
- Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Bomba, J. (2004). Przywiązanie a rozwój mózgu. *Przegląd Lekarski*, 11, 1272–1274.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Tom I. Londyn: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition*. Arlington: American Psychiatric Association Publishing.
- Fonagy, P. (1994). Mental representations from an intergenerational cognitive science perspective. *Infant Mental Health Journal*, 15(1), 57–68.
- Freud, A. (2004). *Ego i mechanizmy obronne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Greenberg, M. T. (1999). Attachment in adolescence. W: J. Cassidy, Ph. R. Shaver (red.), *Handbook of attachment. Theory, reaserch and clinical applications*. Nowy Jork – Londyn: The Guilford Press.
- Iniewicz, G. (2008). Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania. *Psychiatria Polska*, 27(5), 671–682.
- Logan, R. (1986) Rekonceptualizacja teorii Eriksona: powtórzenia wątków egzystencjalnych i instrumentalnych. *Human Development*, 29, 125–136.
- 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: M. T. Greenberg, D. Cicchetti, E. M. Cummings (red.), *Attachment during the preschool years: Theory, research and intervention* (s. 161–182). Chicago: University of Chicago Press.
- Schaffer, R. (1994). Wzajemność kontroli we wczesnym dzieciństwie. W: A. Brzezińska, G. Lutomski (red.), *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i Ska.
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment. Relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1–2), 7–66.
- Segal, H. (2005). *Wprowadzenie do teorii Melanie Klein*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Senator, D. (2005). Wczesnodziecięca trauma relacyjna. *Now. Psycholol.*, 1, 5–24.
- Słaboń-Duda, A. (2011). Wczesna relacja matka – dziecko i jej wpływ na dalszy rozwój emocjonalny dziecka. *Psychoterapia*, 2(157), 11–18.

- Smyke, A. T., Dumitrescu, A., Zeanah, C. H. (2002). Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(8), 972–982.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic depression. An Inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal Study Child*, 1946, 2, 313–342.
- Sroufe, A., Duggal, S., Weinfield, N., Carlson, E. (2000). Relationships, Development and Psychopathology. W: A. Sameroff, M. Lewis, S. Miller (red.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (s. 75–88). Nowy Jork: Kluwer Academic / Plenum Publishers
- Stobiecka, M. (2001). Teoria więzi w wyjaśnianiu autodestruktywności. *Forum Oświatowe*, Tom 13, 2(25), 93–109.
- Taylor, Ch. (2010). *Zaburzenia przywiązania u dzieci i młodzieży*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Van der Kolk, B. A., Fislser, R. E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bull Menn Clinic*, 58(2), 145–168.
- Zeanah, C. H. (2000). Disturbances of attachment in young children adopted from institutions. *Journal of Development & Behavioral Pediatrics*, 21(3), 230–236.
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., Carlson, E. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Dev*, 76(5), 1015–1028.
- Żechowski, C., Namysłowska, I. (2010). Teoria przywiązania a rozwój zaburzeń psychicznych. W: B. Józefik, G. Iniewicz (red.), *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej* (s. 52–74). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Attachment disorder as an effect of early childhood abuse

The definition of child abuse includes each action or lack of action of an entity, institutions or society as a whole, and each effect of such action or lack of action, which deprives children of equal rights and freedom and/or violates their optimal development (Gill D.G).

The aim of this article is to indicate and to emphasize the primary meaning of abuse, early abandonment and prime lack of action committed by the closest persons in child's life.

The article presents general assumptions and understanding of attachment theory and its clinical implications.

KEYWORDS:

PARENT-CHILD INTERACTION, PATTERN OF ATTACHMENT, TRAUMA, DISORDER

Cytowanie:

Szczepaniak, A. (2016). Zaburzenia więzi jako efekt wczesnodziecięcego krzywdzenia dziecka. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(3).



Artykuł jest dostępny na licencji *Creative Commons Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska*.