

Piotr Marchwicki*

Patologia rodzinna a zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży w kontekście teorii przywiązania

Słowa kluczowe: przywiązanie, zaburzenie psychiczne, zaburzenie zachowania, rodzina dysfunkcyjna

Streszczenie: Niniejszy artykuł poświęcony jest omówieniu związków zachodzących między dysfunkcyjnym środowiskiem rodzinnym a powstawaniem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania u dzieci i młodzieży wychowujących się w takim środowisku. Psychologiczna teoria przywiązania wskazuje na niewłaściwy rozwój więzi przywiązania między dzieckiem a matką jako na jeden z możliwych mechanizmów, poprzez które patologiczne środowisko rodzinne przyczynia się do powstawania zaburzeń u dzieci i młodzieży. Po przedstawieniu zasadniczych elementów teorii przywiązania J. Bowlby'ego zostały scharakteryzowane modele indywidualnego przywiązania dzieci do matek, a następnie zostały omówione wyniki badań, które identyfikują źródła indywidualnych różnic w przywiązaniu w jakości opieki nad dzieckiem ze strony matki. W dalszej części została omówiona specyfika funkcjonowania opiekunów w rodzinach dysfunkcyjnych, wykazująca cechy obojętności i niewrażliwości na potrzeby dziecka, co sprawia, że ma ono mniejsze szanse na rozwinięcie bezpiecznego przywiązania do rodziców i zwiększa tym samym jego podatność na rozwój różnego rodzaju zaburzeń. Na zakończenie zostały przedstawione wyniki badań potwierdzające związki między stylami przywiązania niezapewniającymi poczucia bezpieczeństwa a rozwojem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania u dzieci i młodzieży.

Dysfunctional families and mental and behavioural disorders in children and adolescents in the context of the attachment theory

Key words: attachment, mental disorder, behavioural disorder, dysfunctional family

Summary: The present paper discusses the links between a dysfunctional family environment and the development of mental and behavioural disorders in children and adolescents. The psychological attachment theory points to an inappropriate development of the attachment bond between a child and its mother as one of the possible mechanisms leading to the dysfunctional environment's adverse contribution to the development of disorders in children and youth. After a presentation of the main elements of J. Bowlby's attachment theory, children's individual attachment patterns to mothers are characterized, followed by the results of studies which identify the sources of the individual differences in attachment in the quality of maternal care. A further part of the paper outlines the specific ways in which caregivers function in dysfunctional families, ways characterised by indifference and insensibility to the child's needs, which diminishes the child's chances to develop a secure attachment to its parents and consequently increases its vulnerability to different kinds of mental and behavioural disorders. The final part of the paper presents the results of studies on the links between insecure attachment styles and mental and behavioural disorders in children and adolescents.

* *Dyrektor Salezjańskiego Centrum Młodzieżowego w Poznaniu i kierownik działającej w ramach Centrum Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej*
Wykładowca psychologii na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu oraz w WSD Towarzystwa Salezjańskiego w Krakowie i Łądzie

Dzieci i młodzież wychowujący się w środowisku rodzinnym naznaczonym przez zjawiska określane ogólnie jako patologiczne lub dysfunkcjonalne, w porównaniu z rówieśnikami bardziej uprzywilejowanymi przez los nie tylko nie mają równego startu w zakresie formacji osobowej i ludzkiej, w zakresie wykształcenia i dostępu do szeroko pojętych dóbr kultury, ale są również w większym stopniu narażeni na rozwój różnego rodzaju zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Zaburzenia te stygmatyzują często życie dorosłe dzieci i młodzieży pochodzących z takich środowisk i mogą zostać „przekazane” następnemu pokoleniu.

Nasuwa się pytanie, w oparciu o jakie procesy czy mechanizmy, dysfunkcjonalne środowisko rodzinne przyczynia się do powstawania zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania u dzieci i młodzieży wychowujących się w takim właśnie środowisku? Odpowiedzi na to pytanie, w zasadzie wzajemnie się uzupełniających, udzielają różne kierunki współczesnej psychologii. Na szczególną uwagę zasługuje w tym względzie psychologiczna teoria przywiązania, która łączy rozwój zaburzeń psychicznych i zachowania z zakłóceniem więzi, jaka tworzy się w pierwszych miesiącach i latach życia między małym dzieckiem a matką. Niewłaściwy rozwój tej więzi, czyli zaburzenie w przywiązaniu dziecka do matki, może pojawić się w każdej, najlepszej nawet rodzinie, często z przyczyn, na które rodzice dziecka nie mają wpływu. Jednak, jak się wydaje, szczególnie niekorzystne uwarunkowania dla rozwoju zdrowego przywiązania dziecka do matki i, w konsekwencji, dla dalszego zdrowego rozwoju psychicznego dziecka, występują w środowisku rodzinnym naznaczonym różnego rodzaju patologiami społecznymi.

W niniejszej pracy, po przedstawieniu zasadniczych elementów teorii przywiązania, zostaną scharakteryzowane modele indywidualnego przywiązania dzieci do matek, zwane stylami przywiązania: styl bezpieczny, będący modelem optymalnym i normatywnym, oraz trzy style będące wyrazem zaburzonego rozwoju więzi przywiązania. Zostaną też przedstawione wyniki badań, które jako źródło indywidualnych różnic w przywiązaniu wskazują jakość opieki nad dzieckiem. Dalej, po zarysowaniu specyfiki funkcjonowania opiekunów w rodzinach dysfunkcyjnych, niesprzyjającej rozwinięciu przez dziecko zdrowego przywiązania, zostaną omówione wyniki badań potwierdzające związki między pozabezpiecznymi stylami przywiązania a rozwojem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania u dzieci i młodzieży.

Kontekst powstania i główne założenia teorii przywiązania

Dopiero stosunkowo niedawno, bo w latach czterdziestych i pięćdziesiątych XX w., zwrócono uwagę na negatywny wpływ, jaki wywiera na rozwój dziecka utrata opieki ze strony matki w wyniku takich wydarzeń, jak długotrwałe przebywanie dziecka w instytucji (np. w szpitalu lub całodobowym żłobku) i/lub częste zmiany osoby podejmującej się zastępczej opieki nad

dzieckiem, śmierć matki, oddzielenie od matki w następstwie rozvodu, odrzucenie lub utrata miłości rodzicielskiej wywołane urodzeniem rodzeństwa lub depresją matki i inne¹. Wyniki przeprowadzonych badań i obserwacji wskazywały, że bezpośrednim efektem oddzielenia od matki i środowiska rodzinnego są głęboki ból i udręczenie psychiczne, które dzieci wyraźnie odczuwają i intensywnie manifestują w swoim zachowaniu².

Wysunięto przypuszczenie, że w trakcie oddzielenia małego dziecka od matki ulega zniszczeniu jakiś bardzo delikatny mechanizm, ulega zerwaniu podstawowa więź łącząca jedną istotę ludzką z drugą. Opierając się na wynikach badań i obserwacji nad deprywacją macierzyńską, na własnych obserwacjach oraz na wynikach prac etologów, brytyjski lekarz i psychoanalityk, John Bowlby³, wysunął tezę, że w każdym człowieku istnieje uwarunkowany biologicznie i stanowiący integralną część ludzkiej natury system przywiązania. Istnienie tego systemu wyjaśnia ludzką tendencję do tworzenia silnych więzi emocjonalnych z innymi ludźmi, a także rzuca światło na powstawanie różnych zaburzeń psychicznych⁴.

Samo pojęcie „przywiązania” odnosi się do stanu, w którym dana jednostka odczuwa silną tendencję do szukania bliskości innej konkretnej jednostki, szczególnie w sytuacjach stresu, trudności lub zagrożenia. Tendencja ta jest atrybutem osoby, która się przywiązała, jest niezależna od chwilowej sytuacji i ulega jedynie powolnym zmianom w czasie. Tak więc o przywiązaniu mówi się niezależnie od tego, czy np. matka, do której dziecko jest przywiązane, jest obecna, czy też nieobecna, a także niezależnie od tego, czy szuka ono u niej w danym momencie pomocy i ochrony, czy nie szuka⁵.

¹ Szczególnie istotny wpływ na zwiększenie się zainteresowania szerokiej opinii publicznej problemem utraty przez małe dziecko opieki ze strony matki miały wyprodukowane w latach pięćdziesiątych dwa filmy dokumentalne dotyczące tego zagadnienia: „Grief: A peril in infancy” R. Spitz’a i „A two-year old goes to hospital” J. Robertsona.

² Cf. J. Bowlby, *Przywiązanie*, Warszawa 2007, s. 49–53; idem, *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Milano 1982, s. 67–68.

³ John Bowlby (1907–1990) ukończył studia medyczne w Trinity College w Cambridge, w University College Hospital w Londynie oraz trening psychoanalityczny w tradycji nawiązującej do teorii relacji z obiektem. Przez długie lata pracował w Tavistock Clinic w Londynie, poświęcając się kierowaniu tego instytutu oraz pracy terapeutycznej z małymi dziećmi i ich matkami. W latach 1958–1961 Bowlby opublikował serię artykułów, w których przedstawił główne zarysy swojej teorii przywiązania (vide *The nature of the child's tie to his mother*, „International Journal of Psychoanalysis” 1958, nr 39, s. 350–373; *Grief and mourning in infancy and early childhood*, „The Psychoanalytic Study of the Child” 1960, nr 15, s. 9–52; *Separation anxiety*, „International Journal of Psychoanalysis” 1960, nr 41, s. 89–113; *Process of mourning*, „International Journal of Psychoanalysis” 1961, nr 42, s. 317–340). Pełne opracowanie teorii zawiera wydana w latach 1969–1980 trylogia *Attachment and loss* (*Attachment and loss, vol. I: Attachment*, New York 1969; *Attachment and loss, vol. II: Separation: Anxiety and anger*, London 1973; *Attachment and loss, vol. III: Loss: Sadness and depression*, London 1980). Po przejściu na emeryturę Bowlby poświęcił się propagowaniu głównych idei swojej teorii, głosząc odczyty i konferencje w Wielkiej Brytanii i poza jej granicami.

⁴ Cf. J. Bowlby, *Przywiązanie*, op. cit., s. 57–58.

⁵ Cf. idem, *Una base sicura: Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Milano 1989, s. 26–27.

Genezy systemu przywiązania u ludzi należy szukać w historii gatunku *homo sapiens*, w środowisku przystosowania ewolucyjnego człowieka, w którym narażony był on na liczne niebezpieczeństwa ze strony drapieżników. Więź przywiązania pełniła w tym kontekście funkcję ochronną: tylko trzymając się blisko osobników dorosłych, potomstwo miało zapewnioną opieką i ochronę, a więc zwiększoną szansę przeżycia⁶.

Chociaż przywiązanie jest najbardziej widoczne i intensywne w pierwszych latach życia, to związane z nim zachowania w formie dostosowanej do wieku można obserwować również u młodzieży w okresie dorastania, a także u osób dorosłych. Sam wiek dorastania jest okresem, w którym następuje rozluźnienie więzi przywiązania do rodziców. Można powiedzieć, że młodzi ludzie eksplorują emocjonalnie możliwość niezależnego życia, w czym pomaga im świadomość, że w sytuacji kryzysowej zawsze mogą znaleźć pomoc i wsparcie u rodziców. Równoległe z rozluźnieniem się przywiązania do rodziców coraz bardziej rośnie znaczenie rówieśników, na których przenoszona jest tak potrzeba bycia przywiązanym, jak i same zachowania przywiązaniowe (np. partner/partnerka w romantycznej miłości, przyjaciel/przyjaciółka)⁷.

Style przywiązania

Teoria przywiązania dała impuls licznym badaniom nad więzią między małym dzieckiem (w wieku od dwunastu do dwudziestu miesięcy) a matką, w wyniku których zostały zidentyfikowane cztery zasadnicze modele tej więzi:

- bezpieczny styl przywiązania, czyli model optymalny i normatywny, będący wyrazem zdrowego i niezakłóconego rozwoju więzi przywiązania między dzieckiem a matką,
- trzy modele będące wyrazem zaburzonego rozwoju przywiązania i tym samym nie zapewniające dziecku poczucia bezpieczeństwa: styl unikający, styl lękowo-ambiwalentny oraz styl zdeorganizowany/zdezorientowany.

Z każdym z wymienionych modeli przywiązania⁸ związane są różne rodzaje zachowań dziecka.

⁶ Cf. idem, *Przywiązanie*, op. cit., s. 213–216.

⁷ Cf. J. P. Allen, D. Land, *Attachment in adolescence*, [w:] *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical application*, red. J. Cassidy, P. R. Shaver, New York 1999, s. 319–323.

⁸ Próbę pomiaru i klasyfikacji różnych modeli przywiązania małych dzieci do matek podjęła po raz pierwszy Mary Ainsworth wraz ze współpracownikami. W tym celu została zastosowana procedura obserwacyjna podobna do metod stosowanych w badaniach etologicznych, zwana procedurą Obcej Sytuacji. Procedura trwa 21 minut i składa się z siedmiu epizodów rozgrywających się w laboratorium urządzonym na wzór pokoju z zabawkami. Matka i dziecko są wprowadzani do pomieszczenia. Przez trzy minuty dziecko ma możliwość swobodnej eksploracji otoczenia, zabawy zabawkami itd. Następnie do pomieszczenia wchodzi obcy (eksperymentator) i pozostaje razem z matką i dzieckiem przez trzy minuty. Potem matka opuszcza pomieszczenie

1. Dzieci o przywiązaniu bezpiecznym używają swoich matek jako bazy dla eksploracji otoczenia. W czasie rozłąki wykazują zaniepokojenie, a kiedy matka wraca, witają ją uśmiechem, wokalizacją lub gestem. Jeśli rozłąka z matką sprawia, że są podenerwowane, szukają z nią kontaktu. Po uzyskaniu pocieszenia dzieci te wracają znów do badania otoczenia.
2. Dzieci o przywiązaniu unikającym dokonują śmiałej eksploracji otoczenia, nie wykorzystując jednak przy tym matki jako bazy. W czasie rozłąki okazują mało widocznych znaków zaniepokojenia lub podenerwowania. Gdy matka wraca ignorują ją, np. patrzą w inną stronę lub aktywnie jej unikają, starając się przebywać w pewnym oddaleniu i koncentrując swoją uwagę na zabawkach znajdujących się w pomieszczeniu. Jeśli matka bierze je na ręce, mogą sztywnieć lub odsuwać się od niej.
3. Dzieci o przywiązaniu lękowo-ambiwalentnym nie angażują się w eksplorację otoczenia. Są raczej niespokojne i bierne. W czasie rozłąki z matką są mocno podenerwowane, a po jej powrocie z trudnością się uspokajają. Dzieci wykazują wtedy na przemian dwa przeciwstawne typy zachowań: stany złości i gniewnego odrzucenia matki (np. kopanie, uciekanie, rzucanie zabawek) oraz momenty, w których szukają z nią kontaktu i mocno się do niej przytulają.
4. Dzieci o stylu zdeorganizowanym/zdezorientowanym wykazują jednocześnie lub następujące po sobie przeciwstawne zachowania (np. zbliżanie się do matki z odwróconą głową, szukanie bliskości matki, bezpośrednio po którym następuje zachowanie wskazujące na jej unikanie). Ruchy tych dzieci i wyraz twarzy nie wskazują na jakiś wyraźny cel lub intencję. Są to ruchy niepełne lub urywane, powtarzające się lub asymetryczne, nietypowe postawy ciała, sztywnienie, apatyczny wyraz twarzy, wyraźne oznaki lęku przed matką⁹.

Wymienione modele przywiązania zostały zidentyfikowane u dzieci z różnych obszarów geograficznych i kultur¹⁰, co potwierdza tezę o biologicznym uwarunkowaniu

zostawiając dziecko na trzy minuty razem z obcym. Matka wraca do dziecka na kolejne trzy minuty, po czym razem z obcym ponownie opuszcza pomieszczenie, a dziecko zostaje samo. Sytuacja odosobnienia dziecka trwa trzy minuty. Po ich upływie do pomieszczenia znów wchodzi obcy i towarzyszy dziecku przez następne trzy minuty. W końcu matka ponownie wraca do dziecka. Cała procedura jest obserwowana przy użyciu weneckiego lustra przez przeszkolonych ekspertów, którzy oceniają zachowanie dzieci w czasie rozłąki i przy powrocie matki. Na podstawie ich obserwacji określa się, jaki styl przywiązania reprezentuje dane dziecko.

⁹ Cf. M. D. S. Ainsworth, B. A. Witting, *Attachment and the exploratory behaviour of one-year olds in a strange situation*, [w:] *Determinants of infant behaviour*, vol. IV, red. B. M. Foss, London 1969, s. 129–134; M. Main, J. Solomon, *Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*, [w:] *Affective development in infancy*, red. T. B. Brazelton, M. Yogman, Norwood 1986, s. 96–98, 102–106; M. Main, J. Solomon, *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation*, [w:] *Attachment in the preschool years*, red. M. T. Grennberg et al., Chicago 1990, s. 125–128, 136–140; J. Solomon, C. George, *The measurement of attachment security in infancy and childhood*, [w:] *Handbook of attachment...*, op. cit., s. 291.

¹⁰ Badania nad stylami przywiązania prowadzono m.in. w Ameryce Północnej, Europie, Izraelu, Japonii, Chinach oraz w Afryce (Uganda, Kenia, Nigeria, Mali, Buszmeni w Botswanie i Pigmeje w Zambii).

systemu przywiązania i pozwala określić go rzeczywiście jako integralną część ludzkiej natury. Wyniki badań wskazują ponadto, że styl bezpieczny, mający najwyższe wskaźniki procentowe we wszystkich kulturach (56–80%), jest stylem normatywnym¹¹. Na podstawie przeprowadzonej przez Marinusa H. van Ijzendoorna analizy wyników szeregu prac nad przywiązaniem dzieci do matek, można przyjąć następujący przybliżony rozkład procentowy stylów przywiązania: bezpieczny – 52%, unikający – 21%, lękowo-ambiwalentny – 5% i zdeorganizowany/zdezorientowany – 21%¹².

Źródła indywidualnych różnic w przywiązaniu

Dlaczego jedne dzieci rozwijają styl bezpieczny, natomiast inne jeden ze stylów przywiązania nie zapewniających poczucia bezpieczeństwa, tj. styl unikający, lękowo-ambiwalentny lub zdeorganizowany/zdezorientowany? Wyniki badań nad tym problemem wskazują przede wszystkim na jakość opieki ze strony matki, na jej dostępność i wrażliwość na potrzeby dziecka, jako na główny czynnik odpowiedzialny za powstawanie indywidualnych różnic w modelu przywiązania. Dzieci, których matki są dostępne i wrażliwe na ich potrzeby, rozwijają bezpieczny styl przywiązania, natomiast dzieci matek o mniejszej dostępności i wrażliwości – w zależności od stopnia i charakteru tego braku – rozwijają jeden ze stylów wskazujących na brak poczucia bezpieczeństwa w przywiązaniu¹³.

Związek przyczynowy między jakością opieki ze strony matki i jakością przywiązania potwierdziły badania eksperymentalne. W badaniach tych matki zostały poddane oddziaływaniu mającemu na celu zwiększenie ich wrażliwości w opiece nad dzieckiem. Liczba dzieci o bezpiecznym stylu przywiązania wzrosła w tej grupie po kilku miesiącach ponad dwukrotnie w porównaniu z grupą dzieci, których matek nie przeszkolono w zakresie lepszej opieki nad dzieckiem¹⁴.

Chociaż matka pozostaje dla dziecka postacią pierwszoplanową, przywiązuje się ono także do ojca i do innych osób z najbliższej rodziny, a później nawet do opiekunów

¹¹ Cf. M. H. van Ijzendoorn, A. Sagi, *Cross-cultural pattern of attachment. Universal and contextual dimensions*, [w:] *Handbook of attachment...*, op. cit., s. 727–730.

¹² Cf. M. H. van Ijzendoorn, *Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview*, „Psychological Bulletin” 1995, nr 117, s. 391–395.

¹³ Cf. J. Belsky, *Interactional and contextual determinants of attachment security*, [w:] *Handbook of attachment...*, op. cit., s. 252.

¹⁴ Cf. D. van den Boom, *Preventive intervention and the quality of mother-infant interaction and infant exploration in irritable infants*, [w:] *Development psychology behind the dikes*, red. W. Koops et al., Amsterdam 1990, s. 236.

spoza grona rodzinnego¹⁵. Badania wykazały, że także jakość opieki ze strony tych osób wpływa na jakość modelu przywiązania u dziecka¹⁶.

Inne badania pozwoliły zidentyfikować również czynniki wywierające wpływ na jakość przywiązania nie bezpośrednio, ale pośrednio, poprzez wpływ na jakość relacji między dzieckiem i rodzicami. Dzieci rodziców wykazujących wyższe wskaźniki zdrowia psychicznego, bardziej zadowolonych ze swojego pożycia małżeńskiego, doznających większego wsparcia ze strony przyjaciół, rodziny, sąsiadów i instytucji mają większe szanse na rozwój bezpiecznego przywiązania w porównaniu z dziećmi, których rodzice wykazują niższe wskaźniki zdrowia psychicznego, są mniej zadowoleni ze swojego pożycia małżeńskiego i doznają w mniejszym stopniu wsparcia ze strony innych osób i instytucji¹⁷.

Specyfika funkcjonowania opiekunów w rodzinach dysfunkcyjnych

Dane dotyczące wpływu jakości opieki nad dzieckiem oraz innych wymienionych czynników na rodzaj rozwiniętego przez dziecko stylu przywiązania mają szczególną wagę dla zagadnienia omawianego w niniejszej pracy. W rodzinach dotkniętych różnego rodzaju patologiami rodzice cierpią często na różnorakie zaburzenia psychiczne, wykazują nieodpowiedzialność, brak wiedzy dotyczącej właściwej opieki nad dziećmi i ich wychowania. Między rodzicami może dochodzić do konfliktów, zachowań agresywnych. Często warunki materialne i mieszkaniowe odbiegają od uznawanych standardów. W tym kontekście opieka nad dzieckiem może nabrać cech obojętności i niewrażliwości na jego potrzeby, braku zaangażowania lub na odwrót – nadmiernej stymulacji dziecka, intruzywności, nadmiernego kontrolowania¹⁸. Dziecko ma wtedy mniejsze szanse na bezpieczne przywiązanie się do rodziców, co z kolei zwiększa jego podatność na rozwój różnego rodzaju zaburzeń.

Style przywiązania a zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania

W ciągu ostatnich czterdziestu lat zostały przeprowadzone liczne badania, których celem było uchwycenie związków między stylami przywiązania nie dającymi poczucia bez-

¹⁵ Cf. J. Bowlby, *Przywiązanie*, op. cit., s. 337–342.

¹⁶ Cf. J. Belsky, op. cit., s. 254.

¹⁷ Cf. J. Belsky et al., *The origins of attachment security. „Classical” and contextual determinants*, [w:] *Attachment theory. Social, developmental, and clinical perspectives*, red. S. Goldberg et al., Hillsdale 1995, s. 163–175; J. Belsky, op. cit., s. 255–259.

¹⁸ Cf. J. Belsky, op. cit., s. 252.

pieczeństwa, będącymi wyrazem zaburzonej więzi przywiązania, a rozwojem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania u dzieci i młodzieży.

Style przywiązania a zaburzenia zachowania w dzieciństwie

Związek modelu przywiązania z zaburzeniami zachowania u dzieci można rozpatrywać w dwojakiej perspektywie. Po pierwsze, pewne przypadki nietypowego przywiązania w pierwszych latach życia można traktować jako kryteria diagnostyczne wczesnych zaburzeń w rozwoju więzi przywiązania wymagających interwencji terapeutycznej¹⁹. Stanowisko to znalazło swój wyraz w systemie diagnostycznym zaburzeń psychicznych reprezentowanym przez *Klasyfikację zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10*, która wyróżnia reaktywne zaburzenie przywiązania w dzieciństwie i zaburzenie selektywności przywiązania w dzieciństwie. Pierwsze z nich charakteryzuje nadmiernie ostrożny, bojaźliwy lub silnie ambiwalentny sposób reagowania dziecka na większość kontaktów z innymi ludźmi, drugie natomiast – okazywanie nieograniczonej przyjacielskości wszystkim osobom i brak konkretnej osoby, do której dziecko jest przywiązane²⁰.

Po drugie – rozwinięty przez dziecko styl przywiązania rozpatruje się jako jeden z czynników, które mogą zwiększyć lub zmniejszyć ryzyko wystąpienia zaburzeń. Generalnie uważa się, że style przywiązania nie dające poczucia bezpieczeństwa – unikający, lękowo-ambiwalentny i zdeorganizowany/zdezorientowany – należą do czynników zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia niektórych zaburzeń, natomiast bezpieczny styl przywiązania należy do czynników zmniejszających takie prawdopodobieństwo²¹.

Tezę tę potwierdziły liczne badania, mające w większości przypadków charakter badań podłużnych. Ich wyniki wskazują, że style przywiązania nie zapewniające poczucia bezpieczeństwa należą do czynników sprzyjających rozwojowi zaburzeń zachowania w dzieciństwie. Jako takie wchodzi one w interakcję z innymi czynnikami zwiększającymi ryzyko wystąpienia zaburzeń, do których należą w pierwszym rzędzie przypadki maltretowania i nadużyć seksualnych, zaburzenia psychiczne rodziców (np. depresja

168 | ¹⁹ Cf. M. T. Greenberg, *Attachment and psychopathology in childhood*, [w:] *Handbook of attachment...*, op. cit., s. 470.

²⁰ Cf. World Health Organization, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków–Warszawa 2000, s. 229–232. DSM-IV-TR podaje tylko jeden rodzaj zaburzenia przywiązania – reaktywne zaburzenie przywiązania w niemowlęctwie lub wczesnym dzieciństwie – wyróżniając dwa typy tej jednostki nozologicznej: typ zahamowany (*inhibited*) oraz typ niezahamowany (*disinhibited*) (Cf. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DS.M-IV-TR*, Arlington 2000, s. 127–128). Jeszcze inną klasyfikację opracowali A. F. Lieberman i C. H. Zeanah. Autorzy ci wyróżniają trzy kategorie: brak przywiązania, przywiązanie zaburzone i zerwanie przywiązania (Cf. A. F. Lieberman i C. H. Zeanah, *Disorders of attachment in infancy*, „Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America” 1995, nr 4, s. 571).

²¹ Cf. M. T. Greenberg, op. cit., s. 472–474.

matki) i używanie przez rodziców środków odurzających. Ponieważ tego typu sytuacje zachodzą głównie w rodzinach dysfunkcyjnych, związek między wspomnianymi stylami przywiązania i zaburzeniami zachowania u dzieci został zaobserwowany w badaniach przeprowadzanych w takich właśnie środowiskach.

Najwyższy ogólny wskaźnik różnego rodzaju zaburzeń wykazują dzieci zaklasyfikowane do unikającego stylu przywiązania. Styl ten łączy się z występowaniem zaburzenia opozycyjno-buntowniczego, zachowaniami agresywnymi wobec rodziców i rówieśników oraz brakiem posłuszeństwa wobec rodziców i wychowawców w okresie wczesnego dzieciństwa i w wieku przedszkolnym. Z występowaniem zachowań agresywnych u dzieci łączy się również styl przywiązania zdeorganizowanego/zdezorientowanego. Styl lękowo-ambiwalentny łączy się natomiast ze skłonnością do wycofywania się z relacji z rówieśnikami i z poczuciem samotności, a także z występowaniem zaburzeń podwyższonego niepokoju oraz z zaburzeniem tożsamości płci²².

Dzieci o stylach przywiązania nie zapewniających poczucia bezpieczeństwa są oceniane przez wychowawców jako mniej uległe i wytrwałe, wykazujące większą zależność i bierność, trzymające się na uboczu, niepewne w kontaktach z innymi dziećmi, bardziej impulsywne, bardziej okazujące wrogość, bardziej skłonne do agresji w sytuacji stresu, mające problemy z koncentracją uwagi²³.

Styl przywiązania a zaburzenia psychiczne i zachowania w okresie dorastania

Rozwinięty w pierwszych miesiącach i latach styl przywiązania wykazuje zasadniczą ciągłość na przestrzeni życia ludzkiego. Pozwoliły to stwierdzić badania, w których wykorzystano metody identyfikacji stylów przywiązania u młodzieży w okresie adolescencji i u osób dorosłych²⁴. Te same metody zastosowano do badania związków między stylami przywiązania nie dającymi poczucia bezpieczeństwa a zaburzeniami w okresie dorastania. Należy jednak zauważyć, że chociaż młodzież stanowi dość duży i ciągle wzrastający procent populacji psychiatrycznej, to poświęcono temu zagadnieniu raczej niewiele prac²⁵.

Wyniki badań poprzecznych wskazują generalnie, że style przywiązania unikający i lękowo-ambiwalentny wykazują związek z dwoma odmiennymi typami zaburzeń: pierwszy – z typem zaburzeń o symptomach uzewnętrznianych, drugi – z typem zaburzeń o symptomach uwewnętrznianych. Unikający styl przywiązania łączy się ze stosowaniem

²² Cf. E. Gianoli, *Attaccamento e psicopatologia*, I, „Psicologia Psicoterapia Salute” 1997, nr 2, s. 115–121; M. T. Greenberg, op. cit., s. 474–479.

²³ Cf. R. A. Thompson, *Early attachment and later development*, [w:] *Handbook of attachment...*, op. cit., s. 277–278; J. C. Rothbard, P. R. Shaver, *Continuity of attachment across the life span*, [w:] *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives*, red. M. B. Sperling, W. H. Berman, New York 1994, s. 36–42.

²⁴ Cf. J. C. Rothbard, P. R. Shaver, op. cit., s. 50–65.

²⁵ Cf. E. Gianoli, op. cit., s. 121.

bardzo prymitywnego mechanizmu obronnego – zaprzeczania – jako reakcji na stres i na pojawiające się symptomy zaburzeń, z cechami osobowości paranoidalnej, osobowości narcystycznej i osobowości antyspołecznej, zachowaniami antyspołecznymi, zaburzeniami odżywiania się (anoreksja i bulimia) oraz z używaniem narkotyków. Ponadto osoby o przywiązaniu unikającym, w porównaniu z osobami o bezpiecznym stylu przywiązania, rozpoczynają wcześniej kontakty seksualne i wykazują w tej dziedzinie większy promiskuityzm, co prowadzi w konsekwencji do większego niebezpieczeństwa zajścia w niechcianą ciążę lub zarażenia się chorobami przenoszonymi drogą płciową. Styl przywiązania lękowo-ambiwalentny wykazuje natomiast związek z depresją, zaburzeniami podwyższonego niepokoju i cechami osobowości stroniącej. Styl przywiązania zdeorganizowany/zdezorientowany łączy się z zaburzeniem osobowości typu *borderline* oraz z podejmowaniem prób samobójczych przez młodzież leczoną psychiatrycznie²⁶.

Istnieje też kilka badań podłużnych, w których starano się uchwycić związek między stylem przywiązania w dzieciństwie a rozwojem późniejszych zaburzeń w okresie dorastania. Wyniki tych prac wskazują na związek stylu lękowo-ambiwalentnego z zaburzeniami podwyższonego niepokoju oraz stylu unikającego i zdeorganizowanego/zdezorientowanego z zaburzeniami dysocjacyjnymi²⁷.

Trzeba podkreślić, że stwierdzone u młodzieży związki między modelami przywiązania nie dającymi poczucia bezpieczeństwa i zaburzeniami należy interpretować – podobnie jak to ma miejsce w przypadku dzieci – w tym sensie, że taki czy inny model przywiązania jest jedynie czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia takiego czy innego zaburzenia poprzez interakcję z innymi czynnikami patogennymi²⁸.

Podsumowanie

Podsumowując, dzieci pochodzące ze środowisk dysfunkcyjnych mają mniejsze szanse na rozwinięcie bezpiecznego przywiązania do rodziców. Częściej diagnozowany jest u nich styl przywiązania wskazujący na niewłaściwy rozwój tego zakorzenionego biologicznie systemu, co sprawia, że stają się one bardziej podatne na uleganie różnego rodzaju zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania. Podatność ta widoczna jest również u młodzieży pochodzącej z takich środowisk. Na progu dorosłego życia wielu młodych ludzi cierpi na zaburzenia, które nie tylko negatywnie wpływają na ich dobrostan psychiczny, ale również utrudniają w poważnym stopniu znalezienie własnego i twórczego miejsca w społeczeństwie.

²⁶ Cf. J. P. Allen, D. Land, op. cit., s. 325–327; E. Gianoli, op. cit., s. 121–476.

²⁷ Cf. M. Dozier M. et al., *Attachment and psychopathology in adulthood*, [w:] *Handbook of attachment...*, op. cit., s. 504–507; M. T. Greenberg, op. cit., s. 476.

²⁸ Cf. E. Gianoli, op. cit., s. 122–124.

Literatura

- Ainsworth M. D. S., Witting B. A., *Attachment and the exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation*, [w:] *Determinants of infant behaviour*, vol. IV, red. B. M. Foss, London 1969, s. 113–136.
- Ainsworth M. D. S. et al., *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, Hillsdale 1978.
- Allen J. P., Land D., *Attachment in adolescence*, [w:] *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical application*, red. J. Cassidy, P. R. Shaver, New York 1999, s. 319–335.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM IV-TR*, Arlington 2000.
- Belsky J., *Interactional and contextual determinants of attachment security*, [w:] *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical application*, red. J. Cassidy, P. R. Shaver, New York 1999, s. 249–264.
- Belsky J., Rosenberg K., Crnic K., *The origins of attachment security. „Classical” and contextual determinants*, [w:] *Attachment theory. Social, developmental, and clinical perspectives*, red. S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr, Hillsdale 1995, s. 153–183.
- Boom D., van den, *Preventive intervention and the quality of mother-infant interaction and infant exploration in irritable infants*, [w:] *Development psychology behind the dikes*, red. W. Koops i in., Amsterdam 1990, s. 249–270.
- Bowlby J. *Attaccamento e perdita*, vol. I: *L'attaccamento alla madre*, Torino 1999.
- Bowlby J., *Attaccamento e perdita*, vol. II: *La separazione dalla madre: Angoscia e rabbia*, Torino 2000.
- Bowlby J., *Attaccamento e perdita*, vol. III: *La perdita della madre. Tristezza e depressione*, Torino 2000.
- Bowlby J., *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Milano 1982.
- Bowlby J., *Przywiązanie*, Warszawa 2007.
- Bowlby J., *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Milano 1989.
- Dozier M. et al. (1999), *Attachment and psychopathology in adulthood*, [w:] *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical application*, red. J. Cassidy, P. R. Shaver, New York 1999, s. 497–519.
- Gianoli E., *Attaccamento e psicopatologia*, I, „Psicologia Psicoterapia Salute” 1997, nr 2, s. 235–262.
- Greenberg M. T., *Attachment and psychopathology in childhood*, [w:] *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application*, red. J. Cassidy, P. R. Shaver, New York 1999, s. 469–495.
- Ijzendoorn M. H., van, *Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview*, „Psychological Bulletin” 1995, nr 117, s. 387–403.
- Ijzendoorn M. H., van, Sagi A., *Cross-cultural pattern of attachment: Universal and contextual dimensions*, [w:] *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical application*, red. J. Cassidy, P. R. Shaver, New York 1999, s. 713–734.
- Lieberman A. F., Zeanah C. H., *Disorders of attachment in infancy*, „Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America” 1995, nr 4, s. 571–687.
- Main M., Solomon J., *Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*, [w:] *Affective development in infancy*, red. T. B. Brazelton i M. Yogman, Norwood 1986, s. 95–124.
- Main M., Solomon J., *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation*, [w:] *Attachment in the preschool years*, red. M. T. Greenberg et al., Chicago 1990, s. 121–160.

- Rothbard J. C., Shaver P. R., *Continuity of attachment across the life span*, [w:] *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives*, red. M. B. Sperling, W. H. Berman, New York 1994, s. 31–71.
- Solomon J., George C., *The measurement of attachment security in infancy and childhood*, [w:] *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical application*, red. J. Cassidy, P. R. Shaver, New York 1999, s. 287–316.
- Thompson R. A., *Early attachment and later development*, [w:] *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical application*, red. J. Cassidy, P. R. Shaver, New York 1999, s. 265–285.
- World Health Organization, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków–Warszawa 2000.