

Revirimentul teoriei atașamentului și relația psihoterapeutică

Nevoia de atașament, baza socializării umane, este înnăscută și devine în ontogeneză o mostră emoțională de a interacționa cu lumea, la începutul vieții cu persoanele de referință iar, mai târziu, cu partenerii sociali. Capacitatea dezvoltării atașamentului devine o trăsătură ce caracterizează personalitatea capabilă de rezonanță emoțională nemijlocită și de disponibilitatea menținerii unei relații durabile cu persoanele din mediul său. Absența acestei capacități sau un atașament deficitar poate fi cauzat nevrotic (prin modelele de interacționare practicate de persoanele de apartenență în copilăria timpurie) sau să genereze, la rândul lui, nevroze sau tulburări psihopatologice grave, precum fobiile sociale sau psihozele.

Cercetările din domeniu descriu atașamentul ca pe un sistem motivațional ancorat genetic și primar, care este activat imediat după naștere între mamă și sugar, fiind preformat biologic și având funcția de a asigura supraviețuirea. Hormonul oxitocinei este produs pe timpul gravidității și răspunzător de dezvoltarea unui atașament al mamei față de fetus și al sugarului față de mamă, chiar de producerea durerilor la naștere și a laptelui mamar. El solicită dezvoltarea nevoii de apropiere reciprocă, de relaxare și de intimitate, atât la mamă cât și la copil. Terminațiile nervoase din mamelon transmit, la cea mai mică stimulare, semnale în creierul mamei care stimulează emisiile de oxitocină ce trec apoi în laptele mamei și produc în final relaxarea sugarului. Aceasta face ca el să caute instinctiv apropierea de mamă și contactul corporal când situațiile sunt noi și necunoscute, dacă are dureri sau coșmaruri. Pe timpul nașterii (al travaliului) hipofiza mamei produce hormonul de oxitocină în exces care, fiind transmis direct creierului copilului, activează anumite rețele neuronale ce întăresc, în special, sentimentul de încredere. Oxitocina și prolactina sunt produse mai ales pe timpul alăptatului, ele trec din creierul mamei în lapte activând, ca hormoni ai atașamentului, rețelele neuronale ale încrederii și siguranței. Cum administrarea de oxitocină nazală la adulți nu a determinat și o îmbunătățire a formelor de atașament deficitare, se presupune că tulburările de atașament nu pot fi recuperate farmacologic. De exemplu, un copil născut prin cezariană și care nu este alăptat, îi lipsește întărirea legăturii hormonale și poate dezvolta o formă de atașament ceva mai „relaxată/distanțată” față de mamă. Un rol important în dezvoltarea sistemului de atașament îl are și *emisia de dopamină din sistemul mezolimbic și nigrostriat*. Nervii striati au rolul unei stații de cuplare și legare cu regiunile prefrontale ale cortexului ce prelucrează și integrează emoțiile și cognițiile iar dopamina este o recompensă ce motivează repetarea formei de atașament care a declanșat procesul.

Nevoia de atașament la sugari este atât de importantă încât aceștia reușesc să se atașeze și de alte persoane, care le garantează posibilitatea dezvoltării în siguranță. Nevoia de apropiere și protecție este ancorată în structuri de rețele neuronale specifice și denumite sisteme de atașament. Orice stimulare a acestui sistem face ca sugarul să caute apropierea și afecțiunea persoanei de referință. Dacă nevoile (de dezvoltare sau supraviețuire) nu sunt satisfăcute, atunci copilul dezvoltă frică, neliniște, panică sau agitație. Formarea sinapselor și creșterea rețelelor neuronale sunt favorizate în măsura în care ele au fost întărite de obținerea satisfacerii nevoilor și restabilirea homeostazei. Din rețelele neuronale și interconexiunile sinaptice, avute generos la dispoziție după naștere, sunt păstrate doar acelea care, în situațiile de stres, au asigurat satisfacerea, reechilibrarea, siguranța și în final supraviețuirea. ***Creierul devine și se formează în tot acest timp așa cum este folosit.*** Când are loc o reechilibrare, adică dacă agitația neuronală a avut succes, atunci se activează centrul de autorecompensare din creier și se produce dopamina și endorfina. *Dușul dopaminic*, pe lângă sentimentul de fericire, are un efect neurostimulator pentru celulele neuronale responsabile de formarea noilor sinapse și de întărirea celor existente. Așa se autodisponibilizează creierul, producând ceea ce are nevoie din ceea ce posedă, reducând teama și măbind curiozitatea explorării, satisfăcând astfel nevoia de bază a dezvoltării potențialelor, a autonomiei și a libertății de manifestare.

Nevoia de atașament a fost cercetată și dovedită empiric în primul rând de psihanalistul John **Bowlby**, cel care i-a dat numele și i-a pus bazele prin lucrările: *Atașamentul* – 1969, *Despărțirea* - 1973 și *Pierderea* - 1980. *Atașamentul înseamnă*, după el, *certitudinea vizavi de disponibilitatea și accesibilitatea persoanei de referință precum și trăirea unor experiențe relaționale congruente nevoilor*. Focusarea asupra experiențelor timpurii legate de atașament și identificarea formelor de practicare a acestuia, a generat extinderi privind înțelegerea modului de a relaționa în general dar și a modului de structurare a relației terapeutice. Teoria atașamentului, în forma propusă de Bowlby, pleacă de la presupunerea că

indiferent de situație un copil trebuie să dezvolte un atașament față de persoana care-i satisface nevoile de siguranță și protecție.

Dar, tocmai modul și măsura în care persoana de referință le satisface sau nu, sunt decisive în formarea unui anumit ***stil interacțional*** de fond. Acest stil, modus sau mostră oferă paradigma dezvoltării celorlalte *schimburi interacționale* complexe cu lumea și mediul înconjurător. Teoria atașamentului subliniază efectele comportamentului interactiv al persoanelor de referință asupra dezvoltării infantile precum și transmiterea mostrelor de

atașament peste generații (transgenerațional), fiind considerată ca *una din teoriile dezvoltării psihice a omului, cel mai bine fundamentate empiric prin studii longitudinale prospective*. Bowlby a fost printre primii care a subliniat efectele dramatice ale **sindromului de hospitalism** (de privare relațională), ale despărțirilor prelungite de părinți în copilăria timpurie, considerând *tulburările de atașament timpurii, dintre mamă și copil, ca factori decisivi în apariția tulburărilor psihice la vârstele adulte*. El a pornit de la premiza că, apropierea și contactul corporal cu mama, a servit filogenetic la protecția noului născut. În situații de pericol, stări de frică sau durere, sugarii și copiii mici caută instinctiv protecția și contactul corporal cu persoanele de referință, le caută privirea, se târăsc spre ele, le zâmbesc, le strigă sau se agață de acestea. Un comportament asemănător manifestă și adulții în situații de criză sau de pericol, în timp ce ei se alătură grupului sau caută să se securizeze prin apropierea de persoanele de încredere. Sistemul de atașament este (re)activat când un pericol, real sau resimțit ca atare, nu poate fi anulat prin puterea proprie. În momentul activării sistemului de atașament și, în cazul în care persoanele de încredere nu sunt accesibile iar pericolul este iminent, atunci comportamentul explorativ al persoanei este redus substanțial sau chiar anulat și ea va căuta contactul cu o persoană de încredere.

Un **atașament sigur** ia ființă când comportamentul de atașament a determinat o reacție potrivită/conformă la persoana de referință și dacă aceasta percepe reacționând prompt la semnalele copilului, pe care le-a interpretat corect și adecvat situației. Dacă mama reacționează sensibil și plină de compasiune, atunci copilul se liniștește și va trece din nou în stadiul explorativ de cunoaștere a mediului, dar el va căuta din când în când contactul vizual și chiar corporal pentru a se reasigura. Dacă persoana de referință nu va reacționa, o face prea târziu, nesatisfăcător, inconsistent și neîncrezător atunci se va dezvolta un **atașament nesigur**. Dar și când persoanele de referință anxioase sufocă copilul cu protecții excesive, îi reduc spațiul de explorat sau nu-i dau pace, atunci comportamentul său explorativ va fi inhibat uneori până la anulare. Atașamentul și explorarea mediului se dezvoltă într-o relație direct proporțională.

Extrapolând, putem afirma că și comportamentul de deschidere și autoexplorare introspectivă (adesea însoțit de temeri și prejudecăți anxioase) al pacientului în terapie se află tot într-un raport direct proporțional cu forma și calitatea atașamentului dezvoltat sau reactualizat (mai mult sau mai puțin) vizavi de psihoterapeutul său.

Altfel spus, profunzimea introspecției unui pacient este direct proporțională cu forma de atașament reactivată pe timpul interacțiunilor și cu feedback-ul empatic al terapeutului.

În decursul primilor ani de interacțiune și apropiere din copilărie se formează așa zisele „**modele de lucru interioare**” (inner working models – Bowlby, 1975) răspunzătoare de previzibilitatea comportamentelor reciproce în situațiile de atașament. Cu ajutorul lor copilul interpretează și prezice, anticipând comportamentul persoanelor de referință. Lipsa de previzibilitate și anticipare a unui comportament determină o stare de stres și neliniște ce întreține dezorientarea și reacțiile inadecvate. Sugarul învață exact cum să reacționeze la frică sau durere (diferite nevoi) și dezvoltă modele interioare de lucru diferite pentru persoanele de referință care îndeplinesc față de el anumite roluri. Inițial, aceste modele sunt flexibile dar cu timpul ele devin tot mai stabile și ajung să se dezvolte ca o reprezentanță psihică a atașamentului, parțial inconștientă parțial conștientă. *O reprezentanță de atașament stabilă devine o parte a structurii psihice de fond cu efecte asupra stabilității generale a personalității* – Bowlby.

Modelele de lucru interioare se vor fixa ulterior în ceea ce psihanaliztii denumesc a fi „**reprezentările atașamentului**” iar psihoterapia comportamentală „**schemele de atașament**”. Studiile lui Bowlby au demonstrat că, sensibilitatea empatică (empathia adecvată) a persoanelor de referință este decisivă pentru stabilitatea atașamentului în copilăria timpurie, iar aceasta presupune ca, persoana de referință:

- să reacționeze nemijlocit și cu o empatie potrivită situației, fără exagerări sau nepăsare;
- să perceapă atent chiar și semnalele discrete (aluzive) de atașament ale copilului;
- să le interpreteze corect (copilul plânge pentru că-i este frică, foame, plictisit, obosit sau are dureri?);
- să reacționeze prompt (nu prea târziu) și adecvat (nici supraexcitat și nici prea delăsător).

Sugarii crescuți de persoane mai puțin sensibile sunt anxioși, tind să dezvolte reacții de mânie sau furie, nu se despart de mame pentru a se juca, nu pot să se liniștească și să se joace interesați, nu acceptă granițele impuse. Bowlby stabilește o relație direct proporțională între sistemul de atașament și cel de explorare prin care sugarul ia în stăpânire mediul său, îndepărtându-se treptat de corpul mamei. Un atașament sigur este premiza explorării mediului prin care sugarul își testează eficiența acțiunilor inițiate singur. Contactul vizual cu mama îi dă „garanția și o asigurare, încărcare emoțională” care-i liniștește sistemul de atașament și-i dă curajul aventurării. Pe timpul explorării sugarul dezvoltă și își fixează sistemul autoreferențial și de autoreglare, la succese fiind recompensat prin emisia de endorfine (sistemul neurocerebral de autorecompensare). Inhibarea instinctului explorativ urmează de regulă modul de reacție al mamei față de aventurile sugarului, o expresie a fricii și

nesiguranței acesteia. Un atașament supraprotectiv sau tendința de a-l lega pe copil de „fusta mamei”, limitarea explorării spațiului de teama unor răniri sau riscuri „imaginate” determină frustrări și menținerea unor emoții negative la sugar.

Reorganizarea modelului de lucru interior, a structurilor de atașament și a celor disfuncționale a dat rezultate la pacienții Borderline după un an de psihoterapie intensivă (Fogany et al., 1995). După o psihoterapie de lungă durată (minimum un an) focusată pe transfer, într-o grupă de pacienți maniaco-depresivi, s-a obținut o creștere semnificativă a atașamentului sigur (în forma unei coerențe narrative) și au arătat un comportament explorativ pozitiv fără să acuze alte probleme (Levy et. all., 2006). Aceste date sunt deosebit de relevante pentru că aceste schimbări s-au obținut la pacienți cu tulburări de relaționare și cu experiențe dramatice/traumatice de agresiune în anamneză (atașament periclitat prin abandon sau privare de contacte) și care au dezvoltat mostre de atașament ambivalente din motive autoprotective. Acest tip de atașament conține traume nerezolvate, pierderi dureroase dar și strategii de evitare sau ambivalent-anxioase care pun la dispoziție un răspuns psihic flexibil cu o organizare inconștientă deficitară.

Dinamica atașamentului are și un *efect transgenerațional*, mostrele de atașament transmise de la o generație la alta (prin obiceiurile despre cum se cresc copiii) determină modul de a reacționa al adulților față de nevoile de atașament ale copiilor lor. Iată clasificarea calităților atașamentului după Bowlby:

1. - copiii cu un atașament **sigur** pot să-și reglementeze adecvat apropierea și distanța față de persoana de referință; în situația de despărțire ei plâng și sunt un timp stresați dar permit să fie consolati și de alte persoane; se bucură și reiau contactul corporal cu mama când ea revine, apoi se joacă mai departe. Sensibilitatea crescută a persoanei de referință îi permite acesteia să perceapă prompt semnalele copilului, să le interpreteze corect și să reacționeze adecvat. Procedând astfel se reduce considerabil starea de frustrare a copilului și acesta devine tot mai încrezător de susținerea și disponibilitatea persoanei de referință. Acesta este fundamentul pe care se dezvoltă și încrederea de sine, o interiorizare a încrederii în disponibilitatea persoanei de referință și perceperea acesteia ca pe un *suport absolut sigur*.

2. - copiii cu un atașament **nesigur - evitant** par a fi independenți de persoana de referință, protestează puțin la despărțire, evită vizibil contactul prea apropiat și se ocupă mai degrabă cu jucăriile, cărora nu le acordă totuși o atenție specială. Despărțirea pare să nu-i deranjeze și nu manifestă teamă sau tristețe. La întoarcerea persoanei de referință aceștia par să nu o remarce, o ignoră sau o resping, chiar îi spun să plece, nu caută

contactul corporal cu mama. Aceștia caută uneori apropierea de alte persoane (obținerea unui pseudoconfort, ca mecanism de apărare, cu oricine e disponibil) evitând persoana de referință deoarece se așteaptă ca aceasta să le respingă dorințele, să nu primească siguranța sau atenția de care au nevoie. Evitarea relației este calea prin care aceștia își reduc instinctiv suferința respingerii de care au avut parte, ajungând uneori să dezvolte structuri de personalitate narcisice, cu un ego duplicitar chiar fals.

3. - copiii cu un atașament **nesigur-ambivalent** se comportă într-un mod contradictoriu și incert vizavi de persoana de referință. În situația de despărțire sunt extrem de nesiguri, plâng violent și tare, devin repede agresivi și deznădăjduiți. La revenirea mamei se liniștesc greu, au un comportament alternant între a se agăța disperăți de corpul acesteia și de a o respinge agresiv. Aceștia au trăit experiențe în care persoana de referință a fost nedemnă de încredere și nici previzibilă (sau dificil de anticipat) în reacțiile acesteia de empatie sau respingere și poate fi una din cauzele dezvoltării sindromului alexitimic sau a așa numitului *orb al fețelor* (persoane care nu pot descifra mimica emoțională pe fețele celorlalți). Această nesiguranță face ca sistemul de atașament al copilului să fie mereu activat pentru a detecta permanent oscilațiile din dispozițiile afective ale persoanei de referință și a se modula comportamental conform acestora. Un astfel de atașament este pentru copil un stres continuu, îi limitează explorarea mediului (mama fiind imprevizibilă este mai importantă) și devine o sursă de eșecuri în lanț autoreversibile: egal ce și cum fac nu înțeleg lumea care se schimbă continuu (lumea fiind mama) sau lumea este indiferentă, eventual nu mă înțelege - iată un mesaj implicit al acestei forme de atașament.

4. - copiii cu un atașament **dezorganizat** nu pot fi integrați categoriilor de mai sus; ei se comportă imprevizibil în situația de despărțire, sunt neliniștiți, vizibil dezorientați, au atitudini bizare, fragmentare sau stereotipe, se învârt în cerc, stau ca pietrificați, se leagănă, par să caute intens apropierea dar o resping imediat ce este posibilă, țipă și urlă la plecarea persoanei de referință sau o evită când se întoarce. Unii din ei încremenesc într-o stare asemănătoare transei, au o expresie înghețată sau se aruncă pe jos când mama revine. Persoana de referință poate fi percepută și ca o amenințare în cazurile de abuzuri corporale, sexuale sau de abandon, deoarece copilul se află într-o situație paradoxală ce se exprimă printr-un comportament dezorganizat și ambivalent. Dinamici asemănătoare apar și în cazurile în care persoanele de referință sunt ele însele bolnave psihic, extrem de anxioase sau traumatizate.

Calitatea atașamentului depinde de sensibilitatea părinților și mai ales de capacitatea mamei de a interpreta corect semnalele sugarului, de a reacționa prompt și a le satisface adecvat. Repetabilitatea și reversibilitatea acestor interacțiuni duc în final la formarea unei mostre interacționale, dar nu numai satisfacerea biologică și comportamentală promptă garantează un atașament sigur ci, mai ales, însoțirea empatică prin verbalizare și trăirile emoționale ale mamei sunt decisive. Concordanța dintre conținutul satisfacerii unei anumite nevoi, comportamentul și mimica afectivă inclusiv limbajul, folosit de mamă (chiar dacă sugarul nu înțelege conținutul declarativ al cuvintelor folosite de aceasta el le simte tonul, melodia, ritmul și vibrația emoțională) sunt elementele perceptive de fond ce asigură calitatea atașamentului. Prin limbajul folosit (imitarea gânguriturii) mama reflectă, într-o formă personalizată, stările de nevoie internă ale sugarului astfel că acesta se simte perceput și „înțeles.” Pe lângă importanța sensibilității emoțional-verbale (se poate vorbi în această fază și de exercițiul original de învățare a cuvintelor însoțite de emoții, așa ajung unele cuvinte să doară și altele să provoace fericire) Bowlby menționează și jocul interacțional al *reciprocității și sincronicității* dintre mamă și sugar. Dacă interacțiunile au fost peste măsură de sincrone sau considerabil de asincrone (cu puține componente reciproce), prin care mama a reacționat la cererile sugarului, atunci aceștia au arătat, la vârsta de un an, un atașament nesigur. Dacă interacțiunea a fost caracterizată alternativ de un schimb reciproc și sincron uneori întrerupt de „neînțelegeri” dar pe care mama le-a sesizat și le-a corectat la timp, cu o sensibilitate adecvată, atunci acești sugari au dovedit un atașament predominant sigur. Observațiile făcute susțin că respectarea unei atitudini moderate, în ceea ce privește coordonarea ritmică în timp ale interacțiunilor dintre mamă și sugar, asigură un atașament sigur. Pentru dezvoltarea emoțională a sugarului nu este necesară realizarea unei comunicări perfect sincrone ci, mai ales, *un mod adecvat emoțional de corectare a neînțelegerilor percepute la timp*. Depășirea relativ promptă a tensiunilor are un efect constructiv în dezvoltarea unui atașament rezistent la frustrare fără a periclita relația. Avem aici un fel de matrice originară a modului de rezolvare a conflictelor și a situațiilor de frustrare de pe tot parcursul vieții. Satisfacerea insuficientă, inconsistentă a nevoilor sugarului sau într-o formă imprevizibilă (greu de anticipat pentru acesta) ce oscilează între suprastimulare (alintare peste măsură) sau frustrare (ratarea satisfacerii) dezvoltă o mostră de atașament nesigură.

Reprezentările adulților vizavi de atașament sunt cuprinse de Bowlby în patru categorii:

1. *reprezentări interne organizate sigur și cu o atitudine de valorizare pozitivă față de atașament*: acești adulți relatează trăiri pozitive cu părinții lor și descriu situații de atașament în care au simțit dragostea și protecția acestora. În cazul

unor situații de pierderi, despărțiri, conflicte sau dureri aceștia le-au relatat diferențiat, îndeplinind criteriile de coerență și de autoreflexivitate necesare prelucrării terapeutice. Ei au putut retrăi experiențele dureroase în contextul lor fără evitări sau renegări, au fost autoreflexivi și obiectivi în aprecierea și descrierea propriei implicări, au avut o atitudine de competență asemănătoare celei a pacienților de la sfârșitul unei psihoterapii.

2. *reprezentări interne organizate nesigur-evitant și cu o atitudine depreciativă față de atașament*: acești adulți au puține amintiri din copilărie și nu pun valoare pe atașament în relațiile lor cu lumea. Deși au tendința de a idealiza relațiile avute cu părinții lor ei nu pot da exemple concrete despre situații cu interacțiuni semnificative: „deși mă enervam adesea că mă neglijau, totul a fost foarte bine!”
3. *reprezentări interne organizate nesigur-ambivalent și cu o atitudine neclară, chiar obscură față de atașament*: acești adulți evită detaliile, bagatelizează importanța atașamentului în relații, discursul lor este fragmentat, inconsecvent, sar de la una la alta și fac afirmații contradictorii despre trecut fără a avea conștiința lor.
4. *reprezentări interne de atașament organizate nesigur și cu traume/pierderi neprelucrate*: relațiile acestor adulți sunt caracterizate prin dezorganizare și dezorientare, dialogul cu ei este asemănător cu cel dus cu pacienții suferind de Borderline; conținutul declarațiilor și cursul gândurilor în descrierea trăirilor afective este adesea întrerupt brusc; pot apare chiar secvențe psihotice manifeste ce pot fi interpretate ca o dezorganizare psihică majoră; în anamneza acestor pacienți se găsesc adesea traume majore, abuzuri și pierderi neprelucrate.

Teoria atașamentului din perspectiva psihoterapiei comportamentale

Cercetările din domeniul psihoterapiei (Grawe 2004) au constatat că structurarea relației terapeutice este un factor terapeutic la fel de efectiv precum:

- clarificarea explicită a proceselor mentale;
- actualizarea problemei pacientului - ca activare a conexiunilor neuronale în sensul formării unor scheme complexe cu componente emoționale, cognitive și acționale;

- noile descoperiri/constatări cognitive în cadrul prelucrărilor problematicii sunt cu atât mai bine ancorate mental cu cât activarea emoțională este mai puternică;
- același lucru este valabil și în cazul activării resurselor pentru a inhiba schemele de evitare, declanșate în cadrul focusării problemei, dar și pentru activarea mostrelor/schemelor de apropiere/atașare.

Prin **teoria consistenței** Grawe (2004) oferă un concept etiologic supraordonat în care sunt integrate perspectivele biologice și dinamice cu cele ale teoriei învățării și ale atașamentului.

Psihoterapia comportamentală cognitivă consideră omul nu numai o ființă condiționată cognitiv ci și una *marcată de atașamentul original, doritoare sau căutătoare de atașament*. Ea nu este orientată doar pe schimbarea unui comportament cu orice preț ci și pe obținerea unei atitudini de acceptanță și atenție concentrativă, ceea ce implică o însoțire participativă din partea terapeutului. Metodele standard ale terapiei comportamentale sunt combinate actual cu intervenții de natură sistemică, psihodinamică sau umanistă. Caracterul integrativ al psihoterapiei cognitiv comportamentale moderne se poate observa și în ofertele institutelor de psihoterapie din Germania denumite: Psihoterapie comportamentală sistemică și biografică, Psihoterapie orientată relațional, Psihoterapie comportamentală orientată pe atașament (pentru copii și tineret) etc.

Indiferent de orientarea psihoterapeutică de fond *focusul terapeutic* este orientat spre experiențele relaționale (de atașament) timpurii ale pacienților și mai ales pe interiorizările acestora în „**scheme de atașament complexe**” - Grawe. Cu cât „schemele” unei persoane sunt mai complexe și mai încărcate emoțional, cu atât mai mult cresc șansele acestora asupra celorlalte forme de relaționare cu *restul lumii*. Ele ajung să fie un modus interacțional ce formează/filtrează/influențează orice relaționare ulterioară, mai ales în situații emoționale tensionante ce reactivează automat mostra de atașament originală.

Geneza unei *scheme de atașament complexe* este rezultatul interacțiunilor multiple ale individului cu persoana de referință (mai mult sau mai puțin preferată) din copilărie și are unele puncte comune cu conceptul psihodinamic de „introiect”. În accepția terapiei comportamentale integrative conceptul de „schemă” este definit ca o conexiune neuronală complexă cu componente emoționale, cognitive și acționale având scopul validării unor nevoi de fond: atașament, orientare și control, obținerea plăcerii și evitarea neplăcerii, creșterea valorii de sine. Nevoile unui individ depind și sunt cu atât mai cuprinzătoare, cu cât persoana de referință a fost mai accesibilă sau mai disponibilă. În funcție de măsura și forma îndeplinirii/satisfacerii unor nevoi reale se dezvoltă și schemele/mostrele emoționale, în sensul structurării și întipăririi unor conexiuni neuronale (de regulă în amigdala) ce pot fi

activate oricând, pe toată durata vieții, și declanșa anumite consecințe comportamentale asociate, similare schemei. Experiențele, care au dus la satisfacerea unor nevoi, structurează și schemele de apropiere, de creare activă a unor situații care duc la satisfacerea în continuare a acestora.

Frustrarea, trăită din nesatisfacerea nevoilor de atașament, determină un stres psihic ridicat dar și de natură fiziologică. Sub stres se reduce capacitatea de relaționare și persoanele, cuprinse în ecuație, se comportă reciproc astfel încât problematica interacțională escaladează, ceea ce ridică nivelul frustrării și implicit pe cel al stresului. Cu timpul, acestea pierd speranța unor puncte comune de interacționare și-l pot percepe pe celălalt ca pe o sursă de stres continuă (chiar ca pe o persoană ostilă sau un dușman) ceea ce determină izolarea, retragerea din interacțiune sau o agresiune. Importanța relației este reinterpretată cu fiecare escaladare și, când se atinge pragul maxim al suportabilității, despărțirea poate fi resimțită ca o ușurare dar nu și ca pe o creștere a competenței de relaționare. Nu dimensiunea și numărul conflictelor sunt predictorul sigur al rupturii unei relații ci mai ales absența unei responsivități emoționale, a unei accesibilități emoționale reciproce - ceea ce determină ambianța formării unui model/schemă de atașament nesigur-anxios.

Geneza unei scheme poate fi explicată și cu ajutorul mecanismelor operante, prin rolul acestora în menținerea comportamentului de apropiere sau evitare, mecanisme ce pot persista până la vârsta adultă ca o disponibilitate latentă și reactivabilă în anumite situații, printr-o generalizare a stimulării și a unor comportamente asemănătoare celor inițiale. Concret, în relația psihoterapeutică se poate vorbi de un *transfer* în timp ce terapeutul participă (mai mult sau mai puțin conștient) la declanșarea unei scheme reprezentative pentru experiențele de atașament ale pacientului și implicit la o mostră de reacție corespondentă biografic.

Nesatisfacerea cronică a unor nevoi de fond generează stres, frică sau neputință, fiind ceea ce Grawe denumesc *inconsistență*. Emisia de cortisol, asociată stresului trăit, determină o încărcare neurotoxică a regiunilor cerebrale prefrontale și ale hipocampusului. Cum acestea interacționează cu structurile sistemului limbic, urmează o tulburare a reglării afective determinată neurobiologic. ***Combinăția trăirilor inconsistente cu tulburările reglării afective produce o vulnerabilitate bio-psihologică ce favorizează și oferă baza pe care apare orice tulburare psihică.*** Schemele disfuncționale de atașament determină de regulă tulburări de interacțiune și de personalitate, creând dependențe ce sunt întreținute cognitiv de accepții/credințe precum:

1. nu pot trăi singur;
2. nu merit să fiu iubit;

3. nu te poți baza pe relații.

Schemele relaționale disfuncționale pot fi generate și de negarea nevoilor, ele implicând escaladarea și internalizarea unui conflict interior, de regulă neconștientizat: „Am nevoie de o relație și, cum n-o pot avea, nu mi-o mai doresc!”. Soluționarea conflictului interior urmează adesea o cale strategică inconștientă, prin care scopurile interacționale pot fi totuși satisfăcute, în ciuda schemei negative. Aceasta este posibil și prin folosirea unor „*jocuri*” manipulative (de tip patologic) în scopul reglării acțiunii. Jocul este o mostră interacțională manipulativă, netransparentă și inconștientă prin care se poate umili partenerul și comporta complementar vizavi de nevoile celuilalt. Un exemplu clasic, și dificil de reglementat, este amenințarea cu sinuciderea sau manifestarea unui comportament plin de reproșuri față de atașamentul în curs. Astfel de jocuri interacționale pot avea pe moment rezultatul dorit („nu mă părăsește!”) însă, cu timpul, presiunea relațională exercitată uzează, distruge și deviază relația de la cursul ei normal, iar nevroza dezvoltată astfel este tratată fie prin întreruperea bruscă a relației fie prin crearea unei situații favorabile sinuciderii („să se înțeleagă că nu glumesc!”).

Există - după Grawe - și un *modus maladadaptiv* al relaționărilor: *unul al copilului* (copiii furioși, agresivi, răniți, abuzați etc.) *unul maladadaptiv al părinților* (autoritari, care pedepsesc sever, abuzivi) și *un modus maladadaptiv de depășire a conflictelor* (tolerarea, ambivalența supracompensarea, evitarea). Dacă o situație interacțională actuală activează schema „părăsirea” atunci pacientul poate să schimbe/alterneze, în cadrul acestei scheme, mai multe moduri (States). În modul copilului el poate reacționa trist sau furios, apoi să treacă la modul părinților care dau pedepse aspre („tu nu meriți altceva!”) sau la un mod de evitare (se îmbată, se închide în sine, se face apel la substanțe psihotrope). În psihopatologie simptomele de mitomanie, delicvență, hoție sunt considerate ca fiind semnele unui atașament deficitar sau absent. Atașamentul deficitar poate fi una din cauzele delictelor și distrugerilor efectuate în scopul dăunării și pedepsirii simbolice a persoanei originare (supracompensare negativ-destructivă), care ne-a evitat, respins sau tratat cu indiferență. Așadar, după Grawe:

- a) cu cât componentele eului sunt integrate mai deficitar, cu atât mai slab va fi modulul unui adult de a-și controla oscilațiile emoționale;
- b) cu cât tulburările de atașament au început mai timpuriu în ontogeneză, cu atât mai mult persoana respectivă nu va fi capabilă să-și reglementeze comportamentul ținând cont de feedback-ul comportamental al oponentului;
- c) incapacitatea empatică este și rezultatul unei percepții deficitare a răspunsurilor comportamentale ale celuilalt sau absenței unei gândiri reflexive, autocritice. Aceste

persoane sunt preocupate excesiv cu sine, tind să evite dialogul, preferă monologarea și devin tot mai egocentrice.

În general, stilul de atașament disfuncțional inhibă activarea factorilor terapeutici benefici, îngreunează procesul psihoterapeutic și-l prelungește. Comparativ cu acesta stilul de atașament stabil (versus nesigur-anxios) oferă condiții favorabile și poate influența pozitiv rezultatul psihoterapiei, mai ales în cazul tulburărilor anxioase, posttraumatice sau al fobiilor sociale. De regulă, schemele de atașament disfuncționale pot fi corectate terapeutic prin tematizarea, prelucrarea și conștientizarea experiențelor relaționale din copilărie. Sistemul atașamentului este, din punct de vedere neuronal, strâns conectat la schemele motivaționale și de apropiere. **Schema motivațională**, propusă de Grawe corespunde în mare conceptului de „**model de lucru interior**” (Bowlby 1975) în care sunt incluse experiențele de atașament relevante ce dirijează atât trăirile emoționale cât și comportamentul.

Relația terapeut-pacient este volens nolens o intervenție psihoterapeutică sui generis chiar dacă nu conștientizăm acest lucru. Confruntarea cu o suferință (boală), indiferent de natura ei, solicită forme de rezolvare/reglementare/depășire ce implică întreaga personalitate. Modul de rezolvare a unei astfel de situații depinde de caracteristicile formelor de atașament antrenate și în care reglementarea afectivă joacă un rol cheie. Pacientul se află într-o situație subiectivă, evaluată ca fiind extrem de dificilă și care-i amenință echilibrul sistemului sănătății psihosomatice. Aflându-se sub presiunea suferinței, care-i creează mult stres, acesta se așteaptă ca psihoterapeutul să-l ajute, să-l înțeleagă și chiar să-l protejeze când modurile sale de atașament au fost pozitive și a dezvoltat, într-o relație bazată pe încredere constantă, o structură de personalitate echilibrată. Contextul psihoterapeutic (structurat de forma sau intensitatea suferinței) este totuși diferit de unul obișnuit, ceea ce face ca, mostrele de atașament ale pacientului, să fie puse în dificultate în ceea ce privește reglementarea distanței sau apropierii față de terapeutul său.

Psihoterapeutul, preluând rolul unei persoane de încredere, trebuie să conștientizeze faptul că, asupra lui sunt proiectate așteptări tipice modului de atașament originar, dezvoltat în relația cu persoana de referință din copilăria timpurie a pacientului său. Activarea este cu atât mai accentuată cu cât modus-ul originar de atașament este mai asemănător experiențelor sale emoționale și, mai ales, cu cât situația pacientului este mai dramatică sau mai stresantă. În situațiile de stres extrem formele de atașament activate tind să fie identice și pliate pe cele originare. *Există concomitent și o influență reversibilă a formei de atașament, abordate instinctiv, asupra suferinței sau stării generale ale pacientului, inclusiv asupra procesului de*

vindecare. Modul de abordare a ajutorului terapeutic, de a colabora și de a aplica prescripțiile (sau medicația) cuprinde o gamă largă de comportamente, de la cele foarte motivate, pozitive, hiperactive și euforice la cele pasive, sceptice, evitante, negativ-respingătoare.

Pacienții, cu o structură de *atașament nesigur-anxioasă*, percep intensiv stresul, au probleme în a-l reglementa și gestiona, au reacții fiziologice puternice, folosesc inadecvat formele de tratament, apelează la extreme, au un autocontrol scăzut, descriu simptomele insuficient sau inadecvat și au o complianță scăzută. Ei tind să-și reprime emoțiile de teamă/frică/neliniște, au o mare nevoie de control în relație, evită sprijinul social, se resemnează ușor, sunt pasivi, au strategii Coping de tip represiv, nu caută un psihoterapeut din plăcere - ceea ce le amplifică/cronicizează problemele. Strategiile dezactivante și demotivante folosite sunt caracterizate printr-un sistem de atașament reprimat, nevoi inhibitate și dorințe renegate, prin bagatelizarea suferinței, reprimarea emoțiilor, prin cogniții negative, evitarea informațiilor (ce pot reduce stresul sau amenințarea) sau a ajutorului și ignorarea durerilor. Cei ce evită apropierea vor să se descurce singuri practicând intensiv diferite sporturi (extreme), dedicându-se obsesiv unor Hobby (sau fac colecții), iau decizii radicale de tip maniacal (divorț, demisii, emigrare, trec la afaceri mari etc.), abuzează de substanțe/medicamente sau alcool, își schimbă radical modul de a se alimenta (vegan, vegetarian etc.) sau modul de viață. Pacienții nesigur-ambivalenți folosesc așa numitele *strategii hiperactive*: sistem de atașament hiperactiv și superficial, au o sensibilitate excesivă vizavi de informațiile amenințătoare, supraevaluează simptomele, exagerează efectele lor, apelează la o formă de atașament sufocantă pentru persoanele care i-ar putea ajuta, au solicitări de ajutor inadecvate. Astfel de pacienți caută înțelegerea totală, nu suportă critica sau îndoiala, solicită terapeutului multă răbdare, timp, dedicație și atenție sporită (cer adesea ca terapeutul să fie mereu accesibil, fie și numai telefonic, ceea ce încalcă regulile contractului terapeutic).

În cadrul psihoterapiei comportamental-integrativă relația terapeutică este orientată complementar, motivațional sau pe nevoile pacientului. Un pacient, marcat de nevoi relaționale disfuncționale, are posibilitatea unei experiențe relaționale stabile și de încredere, pe care se poate baza în a-și ordona discordanțele emoționale. Dificultatea apare la pacienții cu tendințe manipulativ-posesive și care nu pot suporta o relație fără să dețină sau să preia controlul asupra deciziilor din procesele relaționale (nevroza controlului). Relația terapeutică este o intervenție benefică dacă terapeutul se comportă complementar, vizavi de nevoile pacientului, și numai dacă acesta nu manifestă un comportament de joc manipulativ. Terapeutul trebuie să recompenseze și să întărească pozitiv doar comportamentele autentice,

de deschidere confrontativă față de problematica sa (mărind insight-ul), iar menținerea acestei strategii îl poate determina pe pacient să renunțe treptat la atașamentul disfuncțional. Terapeutul poate corecta unele experiențe nefavorabile de atașament biografic în timp ce preia parțial sarcini de educație emoțională, pe care părinții nu le-au îndeplinit. Structura relației terapeutice va fi, în acest caz, o „*imitare limitată*” a rolului acestora. Dacă pacientul se află într-un *modus emoțional infantil* atunci terapeutul îl va liniști și consola, printr-o atitudine înțelegătoare și empatică, însoțită de încurajarea părților eului adult care trebuie să devină tot mai capabil în a-și suporta emoțiile negative, dezvoltând rezistență la stres sau lărgindu-și granițele suportabilității.

Relația terapeutică poate fi denumită și ca fiind o „*intervenție personală disciplinată*” (McCollough 2000), ceea ce înseamnă că situația interacțională terapeut-pacient devine ea însăși o temă de discuție și analiză. Terapeutul va trebui să-i dea pacientului un feedback nu numai cognitiv ci să-și descrie propriile sentimente (aversiune, disconfort, ambivalență etc.) vizavi de comportamentul acestuia și să-l întrebe dacă este conștient de efectele manifestărilor sale asupra altora. Desigur că, un pacient structurat narcisic, preocupat doar de sine și cu sine, percepe mai puțin reacțiile emoționale ale celor din jur. Acesta nu este prea conștient de paradoxul generat de propria lamentare și de așteptarea ca terapeutul să-l ajute în continuare deși acesta poate fi enervat/stresat de nemulțumirile exprimate. În acest caz terapeutul va trebui să-i conștientizeze dilema „schemei” reactualizate, prin care pune presiune asupra celorlalți, cerându-le în același timp ajutorul și așteptându-se (paradoxal) ca aceștia să fie motivați s-o facă (eventual cu plăcere, să fie empatici) în ciuda criticilor aduse! Se poate apela desigur la jocul de rol, la analiza situațiile tipice și conștientiza astfel discrepanța dintre intenție și efectele produse inconștient. În final pacientul va trebui să poată discrimina între schemele biografice timpurii (infantile) și contextul actual diferit care nu este cauza originală ci, cel mult, un factor declanșator de reactualizare a schemelor înrădăcinate de timpuriu. Sarcina este de a se reuși deosebirea dintre „atunci și acolo” și „acum și aici” - inclusiv diferențele emoționale dintre un copil și adultul care ar trebui să fie empatic retroactiv față de trecutul propriu. Întocmirea unei liste cu persoanele de referință, care au avut un rol major în formarea unei scheme de atașament, este pasul următor. Se pot formula ipoteze de transfer și atrage atenția asupra diferențierilor interpersonale: - „*Vă înțeleg tăcerea și retragerea în carapacea sinelui. Asta este schema de atunci vizavi de tatăl dumneavoastră. Nu observați totuși că eu mă comport altfel decât el atunci?*”

Reglementarea tulburărilor emoționale se poate obține și prin diferențierea dintre vechile conexiuni emoționale și reacțiile corespunzătoare situațional în prezent. Se poate apela la

metafore și crearea unor „punți către realitatea trecutului”, trecut care întreține sau declanșează vechile scheme de atașament ce aparțin copilăriei. Dacă schema de atașament a fost una profund traumatică (abuz sexual sau corporal) se poate aplica metoda „rescrierii” (**Rescripting**) prin care sunt activate imaginativ conflicte biografice marcante ce trebuie modificate. Din fericire, memoria nu este un depozit de realități ca atare (exacte, obiectuale) ci de trăiri sensibile la sugestii, de reacții emoționale însoțite de emisii puternice de adrenalină, un fixativ mnestic foarte puternic. Fiind emoțional-sugestivă memoria („trecutul” este o permanentă rememorare, rescriere, cuvintele aceleiași relatări nu pot fi repetate identic) poate fi modificată posteriori, în funcție de perspectivele/paradigmele noi oferite de ipotezele terapeutului, de reconexarea cauzală, de mostrele explicative oferite și, nu la urma urmei, de dezvoltarea limbajului descriptiv.

Tulburările de atașament - apud Bowlby

Tulburările severe de atașament pot fi și rezultatul unor defecte neuronale ce pot apărea în timpul sau după naștere. În cazurile grave de handicap neuronal, cognitiv sau corporal, capacitatea de atașament este la fel de puternic afectată ca și în cazul psihozelor. Studiile clinice longitudinale au stabilit concordanțe între mostrele nesigure de atașament și fobiile infantile, teama de despărțire, comportamentul frapant sau deviant; între tulburările de personalitate Borderline, agorafobie, depresie, suicidalitate, vulnerabilitate la tulburări psihice și cei traumatizați sexual; între tulburările de atașament și schimbări ale proceselor de reglare neurohormonală, imunologică și fiziologică. Depresiile, tulburările de interacționare sau alte suferințe psihice cronice ale părinților sunt implicit un factor de risc major în dezvoltarea unor mostre de atașament deficitare. În manualul de clasificare diagnostică ICD-10 se face deosebirea între „tulburarea de atașament reactivă la vârsta copilăriei” (tip I) și „tulburarea de atașament dezinhibată la vârsta copilăriei” (tip II).

1. Incapacitatea (absența) atașamentului: *Absența atașamentului desemnează incapacitatea parțială sau totală a unei persoane de a stabili un contact social durabil individual sau de grup.* Dacă aceasta nu este cauzată de tulburări neurocerebrale sau de alte boli neuropsihiatrice (precum schizofrenia infantilă) atunci ea trebuie înțeleasă ca o tulburare nevrotică dezvoltată în relația cu persoanele de referință. Se presupune și deficiența unor conexiuni neuronale, corespunzătoare nevoii de atașament, deși nu au putut fi identificate areale neuronale specifice atașamentului. Dificultatea unei localizări neurocerebrale a

sistemului de atașament este justificată de complexitatea și importanța atașamentului pentru supraviețuire - ceea ce-l conectează la toate nevoile fundamentale necesare vieții. Din această categorie fac parte copiii care, în situații amenințătoare (ce declanșează de regulă o reacție de atașament) nu schițează vreun gest de apropiere sau căutare a persoanei de referință. În situațiile de despărțire aceștia nu protestează sau o fac nediferențiat și nu au preferințe de atașament așa cum este normal să fie. Această tulburare poate fi diagnosticată deja de la vârsta de 8 luni odată cu dezvoltarea „fricii de necunoscuți/de persoane străine” sau de înstrăinare. Moștra este asemănătoare atașamentului nesigur-evitant cu accente pe evitare și frapează mai ales comportamentul de protest nediferențiat la despărțire. Acest comportament este observabil la copiii crescuți în orfelinate sau la cei cu multiple relații de atașament întrerupte și schimbătoare (transferați la alte cămine de copii sau dați în grija altor persoane) și asemănător autismului. La autism se pot observa și alte simptome: evitarea contactului corporal, comportamente stereotipe, retardări ale dezvoltării limbajului. În această categorie sunt incluși copiii care nu reușesc să dezvolte o relație de atașament, nici măcar una nesigură, și nu au o persoană de care să se apropie în situații de amenințare sau în căutarea unei protecții. Despărțirile, mai mult sau mai puțin îndelungate, de persoana de referință pot determina o tulburare în a dezvolta un atașament adecvat situației, un refuz al apropiierilor strânse, chiar o ambivalență distructivă relațională.

2. Totodată, aceeași privare relațională poate determina un **atașament nediferențiat** - observat la copiii abandonați sau din orfelinate, care se comportă la fel de prietenos indiferent dacă cunosc persoana sau nu, arată o familiaritate excesivă inadecvată, un fel de promiscuitate psihosocială constrânsă sui generis. Acesta este diagnosticat ca fiind un **comportament de atașament nediferențiat (promiscuu) de tip II** (ICD – 10). Când moștra de atașament este activată, acești copii nu au rezerve sau rețineri față de persoanele străine (tipice atașamentului sigur), sunt foarte apropiați și intimi (cerșesc apropierea cu o anumită disperare) și se comportă identic, indiferent dacă persoana le este cunoscută sau complet străină. Lor le lipsesc așa numitele „referințe, cadre social-morale”, se comportă ca și cum ar fi protejați sui generis de pericole și că ar fi corect din punct de vedere socio-moral, adică manifestă un **comportament riscant** pentru ei și deplasat din punct de vedere al normelor sociale. Ei nu percep pericolele ce pot apărea prin efectele propriului comportament și se autoaccidentează frecvent, dar nu din cauza curiozității explorării mediului ei, pentru că ei nu-și asigură protecția unei persoane pe timpul acestei aventurări riscante. Copiii cu un atașament sigur privesc, din când în când, spre mamă și-și asigură de mai mult ori protecția (aprobarea sau respingerea), pe timpul explorării mediului, prin contactul vizual sau prin confirmările din

mimica mamei. O altă caracteristică este că învățarea nu se produce, ei își continuă comportamentul de risc în ciuda durerilor sau accidentărilor. Acest atașament poate fi observat la copiii din orfelinate, la cei dați spre îngrijire altor familii sau la cei complet neglijați.

O altă variantă a tulburărilor de atașament nediferențiat o constituie comportamentul de **atașament excesiv**. Acești copii tind să se atașeze peste măsură, se agață de persoana de referință și nu pot fi liniștiți decât printr-un contact corporal prelungit. Ei reacționează extrem de anxioși vizavi de necunoscuți, caută apropierea corporală părăsind zona de explorare sau abandonând jucăriile noi, se simt amenințați, nu pot dezvolta ușor încredere în alte persoane iar persoanele de referință trebuie să-i ia des în brațe pentru a-i liniști, deși sunt vârsta școlară. Un astfel de atașament este observat la copiii mamelor care suferă de anxietate și nu le pot oferi o bază emoțională sigură, necesară stabilizării psihice. Acestea manifestă stări de panică când copiii lor se comportă emoțional independent sau se îndepărtează corporal. Este de presupus că, înainte ca ei să fie dependenți de mamă, ea a fost aceea care s-a agățat de ei pentru a-și diminua frica și reduce panica (multe din fricile mamei sunt transferate și internalizate apoi de copii).

Pe timpul școlarizării acești copii se pot liniști numai în prezența permanentă a mamei și a apropierei de ea și nu dezvoltă contacte în afara familiei lor. Cu toate că în Germania școlarizarea este obligatorie și poate fi sancționată sever, sunt destui părinți care aduc adeverințe medicale ce atestă incapacitatea frecventării școlii astfel că, ani de-a rândul, aceștia primesc ore particulare acasă și ajung chiar la pubertate fără să fi fost niciodată la școală. Desigur că, astfel de cazuri (de fobii sociale generalizate, cronicizate și la limita psihozei), solicită o abordare sistemică de tratament a întregii familii interrelate deficitar.

3. Atașamentul inhibat: acești copii manifestă un comportament de adaptare excesivă (compliantă fără rezerve), chiar pasiv (derutați de labilitatea și oscilațiile dispoziționale ale persoanei de referință), adesea influențat de agresiunea sau amenințările acesteia și care-i face să-și reprime nevoile de atașament. Comenzile și despărțirile sunt acceptate și executate de aceștia fără protest, schimbul emoțional este unul limitat, se observă chiar o exprimare emoțională mai liberă în absența persoanei de referință. Acești copii, adesea victimele unor agresiuni corporale sau care trăiesc în familii în care agresiunile și amenințările sunt la ordinea zilei, se manifestă foarte reținuți și precauți în a căuta protecția, întrucât se așteaptă la repercusiuni negative.

4. Comportament de atașament agresiv: copilul caută apropierea prin agresiuni verbale sau corporale, adică printr-o expresie inadecvată a dorințelor de apropiere și care reflectă

mostre interacționale tipice familiei originare. Climatul familial este caracterizat în astfel de cazuri prin agresivități de tot felul și tensiuni psihice prelungite ce pot fi chiar renegate de membrii familiei. Acești copii sunt cei care tulbură liniștea și pacea în grupurile de la grădiniță sau de la școală și sunt diagnosticați adesea cu „tulburări de comportament agresiv”. Deși își doresc contacte sociale, ei nu reușesc să-și stăpânească modul de atașament agresiv, sunt percepuți ca făcând presiuni de a fi acceptați de ceilalți, care-i evită pe drept, dezamăgiți fiind de comportamentele lor de până atunci. Simțindu-se respinși ei reacționează din nou, la fel de agresiv ca și până atunci, cercul vicios reluându-se. Aceștia trebuie deosebiți de copiii cu tulburări comportamentale disociale la care simptomatologia nu se limitează numai la un comportament interacțional agresiv. Respingerea dorințelor de atașament primare ale copilului conduce la o stare de frustrare puternică și la o activare extremă a comportamentului de atașament astfel că aceștia se luptă adesea pentru obținerea lui. Presimțirea și anticiparea respingerii, conform experiențelor anterioare, îl face să apeleze la un modus agresiv de obținere a atașamentului, declanșând reacția pe măsură din partea persoanei de referință.

5. Comportamentul de atașament prin inversarea rolurilor: în cadrul acestei tulburări copilul preia răspunderea, își face griji pentru dispozițiile afective ale persoanelor de referință (Parentification) deoarece se teme să-i piardă fie prin boală, despărțire sau moarte. Deoarece se preocupă mai mult de relația cu mama, ei își limitează comportamentul de explorare al mediului sau renunță când persoana de referință semnalizează că ar avea nevoie de ajutor sau de un sprijin oarecare. Indiferent de situație aceștia rămân în apropierea mamei, se arată prietenoși și dispuși să-i îndeplinească cerințele, reacționează sensibil la stările ei, chiar se teme de o pierdere reală a persoanei de referință în cazurile de amenințări cu divorțul sau cu sinuciderea unuia din părinți. În caz de pierdere a unui părinte (prin divorț sau sinucidere) ei devin „obsedați” în a-și proteja părintele rămas și în a prelua răspunderi vizând atașamentul. Acest comportament poate fi asociat superficial cu cel al copiilor cu un atașament sigur, care manifestă o sensibilitate reciprocă prin perceperea, acceptarea și integrarea în propriul comportament al dorințelor persoanei de atașament. Diferența este dată de faptul că, aceștia din urmă, nu-și limitează comportamentul de explorare a mediului, păstrând un echilibru de reciprocitate constructiv.

Psihoterapia bazată pe atașament

Orientarea actuală, privind importanța relației terapeutice în procesul de tratament psihoterapeutic individual, ce implică integrarea constructivă a diferitelor școli terapeutice, nu înseamnă nicidecum renunțarea la conceptele terapiei comportamentale integrative și revenirea la psihanaliză - cum s-au grăbit să se exprime unii specialiști. Este vorba de

revitalizarea unor principii explicative verificate în practică, de valorificare teoretică a evoluției psihoterapiei și a experiențelor acumulate de psihoterapeuți și mai ales de o abordare mai atentă a mecanismelor și interacțiunilor unei relații dinamice și extrem de intensă. Concentrarea pe fenomenele relaționale, care se manifestă oricum, și pe emulațiile emoționale care le însoțesc, oferă un fundament prolific oricărui act terapeutic.

În principiu, nu există simptomă sau tulburare psihică și nici o intervenție terapeutică la care să nu poată fi folosite mostrele explicative ale teoriei atașamentului. Atașamentul este considerat o motivație de fond a cărei dezvoltare se desfășoară pe tot timpul vieții. În procesul psihoterapeutic trebuie avut permanent în vedere și posibilitatea unei tulburări a sistemului de atașament în general. Aceasta nu înseamnă că orice tulburare psihică este declanșată și însoțită de o problemă de atașament întrucât, ea presupune tulburări și ale altor domenii motivaționale, precum cele ale asocierii în grup sau ale satisfacerii unor nevoi fiziologice chiar sexuale.

Folosirea teoriei atașamentului în psihoterapie nu trebuie considerată a fi un „medicament universal” sau ca pe o mostră explicativă primar-cauzală a tuturor tulburărilor psihice. Ea descrie o motivație umană ce ar trebui luată serios în considerație în orice proces și relație terapeutică, nu trebuie folosită ca înlocuitor al conceptelor existente ci ca o abordare complementară ce explică și mai profund dificultățile de schimbare a unui comportament, deschizând căi de abordare eficientă a fondului problematicei pacientului.

Există o legătură dovedită între experiențele atașamentului timpurii și competența relațională de mai târziu. Copiii care au dezvoltat un atașament sigur și stabil au reușit să întrețină bune relații în viața lor și să fie întreprinzători. Calitatea atașamentului unui copil la vârsta de un an, poate oferi o prognoză destul de precisă, privind calitatea emoțiilor și a capacității acestuia, de a-și rezolva conflictele relaționale la vârsta adultă. Tulburările de atașament ale copilului devenit adult se transmit (adesea nonverbal) mai departe propriilor copii, într-o circularitate tipică proceselor psihologice. Privarea dar și promiscuitatea (forme de atașament nediferențiat) sunt cauzele primare ale tulburărilor de atașament și implicit ale tulburărilor psihice de mai târziu la persoanele afectate: *cercetările actuale au stabilit o corelație semnificativă între formele de atașament nesigure și apariția majorității tulburărilor psihice.*

Comportamentul de deschidere și autoexplorare introspectivă (adesea însoțit de temeri și prejudecăți anxioase) al pacientului se află într-un raport direct proporțional cu forma și calitatea atașamentului dezvoltat sau reactualizat (mai mult sau mai puțin) față de psihoterapeut. Curajul introspecției unui pacient este direct proporțional cu curajul

apropierii empaticе de terapeutul său și cu forma de atașament ce ia ființă pe timpul interacțiunilor reversibil-reciproce.

Reversibilitatea experiențelor de atașament deficitare, internalizate în diferite modalități de operare relațională, este posibilă printr-o relație socială durabilă (de exemplu cea terapeutică) în care să se mențină o atmosferă de siguranță și încredere, inclusiv o atitudine empatică și stabilă emoțional. Această posibilitate a declanșat „*noul val*” în psihoterapie care reia tematica atașamentului dintr-o perspectivă constructivă, plecându-se de la accepția că încălcările sau nesatisfacerea unor nevoi fundamentale, precum cea de atașament, de către persoanele de referință în copilărie, sunt o condiție esențială în explicarea cauzalității tulburărilor psihice.

Studii cuprinzătoare au evidențiat importanța rolului și calității atașamentului din relația terapeutică în contextul spectrului de variabile ce influențează decisiv rezultatele terapiei. Atașamentul terapeutic influențează disponibilitatea pacientului de a se deschide și a reduce procesele defensive și rezistența. Se vorbește, în acest sens, de „un climat afectiv” și „o concordanță emoțională neverbalizată” ce favorizează dezvoltarea unui atașament sigur, necesar dezvoltării pacientului. Menținerea unui atașament de lungă durată este una dintre premisele necesare în tratarea pacienților cu tulburări de personalitate sau psihopatice. Să nu se creadă că, în situația terapeutică, va avea loc o repetare exactă a momentelor originare din relația cu mama, ci de reînscenări marcate și de experiențele relaționale ce au urmat în viața pacientului. Modelul de lucru interior al copilului, relevant din perspectiva atașamentului, respectiv reprezentările de atașament ale adultului, pot fi modificate de noile experiențe de atașament (inclusiv cel dezvoltat pe timpul psihoterapiei) ce sunt apoi adăugate conceptului de sine (Bowlby, 2015). Conceptul atașamentului reprezintă o condiție de bază pentru procesele terapeutice în general și un factor eficace al tuturor metodelor terapeutice inițiate. În special prelucrarea terapeutică a conflictelor afective originare (atașament, despărțiri, pierderi) și cu o dinamică aparte, nu poate avea loc fără dezvoltarea unei relații sigure de atașament, care să limiteze anxietatea asociată acestora.

„După experiența mea, fără un atașament terapeutic sigur aproape că nu este posibilă prelucrarea conflictelor afective cu o încărcătură dinamic-instinctuală” – Brisch 2009.

Pacientul caută un psihoterapeut aflându-se într-o situație problematică, este anxios și neliniștit în ceea ce privește evoluția sa. Terapeutul trebuie să fie conștient de faptul că, în această stare labilă psihoemoțional, sistemul de atașament al pacientului este activat la maxim și că el se află în căutarea unei persoane, care ar trebui să preia rolul persoanei de atașament originare.

Psihoterapia bazată pe teoria atașamentului lui Bowlby în cazul adulților trebuie, după Britsch, să țină cont de următoarele aspecte:

1. terapeutul trebuie să fie prezent, accesibil temporal, spațial și emoțional la sistemul de atașament activat al pacientului;
2. el trebuie să acționeze ca o bază sigură și de încredere necesară prelucrării problemelor într-o atmosferă de siguranță emoțională;
3. să se comporte flexibil, cunoscând mostrele de atașament ale pacientului, în privința apropierii și distanței, să țină cont de ele în structurarea setting-ului terapeutic;
4. să încurajeze pacientul de a reflecta asupra formei de relaționare cu care și-ar întâmpina în prezent persoana de referință din copilărie;
5. pacientul trebuie stimulat și focusul terapeutic astfel orientat încât să se analizeze periodic relația terapeutică, în care se oglindesc toate percepțiile (experiențele) relaționale marcate atât de reprezentanțele părinților cât și de cele de sine;
6. pacientul trebuie încurajat să compare percepțiile și sentimentele sale actuale cu cele din copilărie;
7. pacientul trebuie convins, într-o formă protejată, că experiențele sale relaționale și de atașament dureroase și respectivele reprezentanțe de sine deformate (rezultate din relațiile sale cu obiectul), sunt nepotrivite și chiar depășite pentru a-și putea rezolva problemele actuale;
8. terapeutul are grijă să găsească o soluție de depășire a momentelor de despărțire, folosind relația terapeutică drept model. Inițiativa închiderii terapiei este lăsată în seama pacientului care va fi încurajat să-și depășească frica de despărțire, să verbalizeze căi personale fără ajutorul terapiei și chiar să le testeze din curiozitate. O despărțire, propusă de terapeut, poate fi trăită uneori ca „o ultimă respingere” și poate împinge pacientul la soluții extreme de autoabandon. Despărțirea fizică nu este în același timp și o pierdere definitivă a „bazei de siguranță” întrucât pacientul trebuie să fie convins că o poate accesa la nevoie.
9. pacienții, cu o mostră de atașament evitant, pot să-și exprime dorințe de încetare a relației terapeutice în cazul în care terapeutul oferă prea multă apropiere emoțională, aceasta putând fi interpretată ca o amenințare sau resimțită ca stresantă.

Din punct de vedere al abordabilității, se pare că nu există o deosebire principial semnificativă între terapiile cu adulți, copii sau adolescenți. În toate cazurile se recomandă ca terapeutul să perceapă sensibil și empatic semnalele pacientului, să le înțeleagă corect, să reacționeze prompt și adecvat, transferând aspecte ale atașamentului mamă-copil asupra situației terapeutice. Să nu se creadă că pacientul vine în terapie fiind pregătit să vorbească automat despre dificultățile sale interacționale sau fricile traumatizante. Ca el să se poată deschide și să abordeze subiecte sensibile terapeutul trebuie să structureze atent relația terapeutică în acest sens.

Teoria lui Bowlby presupune că reprezentanțele sinelui și ale părinților, însoțite de mostrele corespunzătoare de atașament sau de explorare a mediului din copilăria timpurie, vor fi reactivate în relația de transfer terapeutică. Indiferent de comportamentul de sensibilitate,

apropiere sau distanță în dinamica procesului terapeutic, se poate afirma că și atitudinea de „răceală” a terapeutului poate fi la fel de productivă terapeutic dacă pacientul reușește să verbalizeze acest lucru și să-l pună în discuție, fiind o dovadă a progresului acestuia în conștientizarea și perceperea stărilor sale emoționale, pe care nu le mai refulează ca în trecut, diminuându-le astfel potențialul agresiv. Practica psihoterapeutică demonstrează că atașamentul este o provocare care începe înaintea nașterii și se continuă pe toată perioada vieții. Atașamentul și explorarea, inclusiv despărțirea și apropierea, sunt polii unei dezvoltări dinamice și se constituie într-un fir roșu al evoluției individuale. Teoria atașamentului poate asigura baza strategiilor profilactice de prevenire a traumatizărilor prin reflectarea și revitalizarea importanței acordate relaționărilor cu lumea de după naștere.

Bibliografie:

1. Beebe, B., Lachmann, F.M. *Säuglingsforschung und Psychotherapie Erwachsener: Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen*. Stuttgart, Klett-Cotta, 2004
2. Bowlby, J.: *Bindung, eine Analyse der Mutter-Kind- Beziehung*. Frankfurt am Main, Fischer-Verlag, 1984
3. Bowlby, J.: *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*. Ernst Reinhardt, München 2016
4. Bowlby, J.: *Trennung. Angst und Zorn*. Ernst Reinhardt, München 2006
5. Bowlby, J.: *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt am Main, Fischer-Verlag, 1987
6. Brisch, K.H.: *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Klett-Cotta, Stuttgart, 2017
7. Brisch, K.H., Hellbrügge, T.: *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Klett-Cotta, Stuttgart 2015
8. [Fonagy, P.](#): *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 2006
9. Goglează, D.: *Psihoterapia ca relație a schimbării individuale*. Polirom, Iași 2002
10. Grawe, K.: *Psychotherapie in Wandel*. Hogrefe Verlag, Göttingen 2004
11. Levy, K.N., et al.: *Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74, 1027-1040
12. W. Milch, N. Sahhar: *Zur Bedeutung der Bindungstheorie für die Psychotherapie*. Psychotherapie 15. Jahrg. 2010, Bd. 15, Heft 1, CIP-Medien, München (S. 44 - S. 55)

Dan Goglează, prezentare la Conferința „Psihoterapia și condiția umană” Iași 3/4 noiembrie
2018