

Zbigniew Wajda, Marta Makara-Studzińska

PRZYWIĄZANIE W PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ. CZĘŚĆ 1. ASPEKTY TEORETYCZNE

ATTACHMENT IN GROUP PSYCHOTHERAPY. PART 1. THEORETICAL ASPECTS

Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński — Collegium Medicum

**group psychotherapy
attachment**

Streszczenie

Artykuł przedstawia teoretyczne aspekty wykorzystania koncepcji przywiązania w psychoterapii grupowej. W literaturze możemy znaleźć bardzo liczne badania i publikacje dotyczące wykorzystania tej koncepcji do rozumienia zjawisk w psychoterapii indywidualnej oraz rodzinnej, natomiast rzadziej do tej pory dotyczyły one psychoterapii grupowej. Jak się wydaje, perspektywa ta może wnieść swój wkład do rozumienia indywidualnego zachowania poszczególnych uczestników grupy, procesu grupowego czy efektywności psychoterapii grupowej w zależności od stylów tworzenia więzi. Ostatnie lata pokazują wzrost zainteresowania implikacjami tej koncepcji do rozumienia leczenia grupowego, jednak dalsze badania są w tym zakresie bardzo potrzebne. Choć w artykule odwoływano się głównie do przywiązania w dorosłości opisywanego na dwóch wymiarach: unikania i niepokoju, a także do stylów (kategorii) przywiązania znanych jako ufny/bezpieczny, zaabsorbowany, odrzucający/unikający, lękowy/zdezorganizowany, to w pierwszej części nakreślono podstawy koncepcji przywiązania wg Bowlby'ego, która dała asumpt do powstawania dalszych subkoncepcji. Następnie rozważano rozumienie zjawisk w psychoterapii grupowej przez pryzmat koncepcji więzi, a na koniec przedstawiono możliwości formułowania interwencji terapeutycznych w grupie w oparciu o tę koncepcję. W drugiej, osobnej, części artykułu dokonano przeglądu badań empirycznych dotyczących wykorzystania koncepcji przywiązania do psychoterapii grupowej.

Summary

The article presents the theoretical aspects of the use of attachment theory in group psychotherapy. In the literature, we can find a lot of research and publications regarding the use of this concept to understand individual and family psychotherapy, but less frequently in group psychotherapy. As it seems, this perspective can be useful for the understanding of the individual functioning of particular participants, the group process or the effectiveness of group psychotherapy, depending on the attachment style. Recent years have shown a growing interest in the implications of this concept to understanding group treatment, but further research is very necessary in this area. Although the article refers mainly to attachment in adulthood described in two dimensions – avoidance and anxiety, as well as to attachment styles known as secure, preoccupied, dismissive/avoiding or fearful/disorganized, the first part presents the basics of Bowlby's attachment theory, which has formed the basis for further conceptions. Next, we considered the understanding of group psychotherapy phenomena and possibilities of formulating therapeutic interventions based on attachment theory. In part two of the article, empirical studies on the use of attachment theory in group psychotherapy were reviewed.

Wstęp

Istnieje obszerna literatura wskazująca na możliwość wykorzystania koncepcji więzi do rozumienia zaburzeń psychicznych [1–4], psychoterapii indywidualnej [5–6] oraz terapii rodzin i par [7–8]. Do niedawna stosunkowo nieliczne były publikacje wykazujące przydatność tej koncepcji do rozumienia zjawisk w psychoterapii grupowej, ale w ostatnich latach rośnie zainteresowanie tą tematyką [9–11]. Pierwsza książka poświęcona w całości przywiązaniu w psychoterapii grupowej (*Attachment in group psychotherapy*) została wydana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne w 2013 roku [12]. Na podstawie dotychczasowych doniesień możemy przypuszczać, że tak jak w innych formach psychoterapii, tak i w psychoterapii grupowej koncepcja przywiązania może być bardzo pomocnym i inspirującym konstruktem dla rozumienia problemów pacjentów i ich leczenia.

Na bazie klasycznej koncepcji przywiązania Bowlby'ego powstało wiele późniejszych subkoncepcji wyjaśniających szczegółowe zagadnienia psychologiczne. Wraz z nimi naturalnie poszerzał się język i zmieniało nazewnictwo, dlatego należy uściślić kwestie językowe występujące w niniejszym artykule oraz jego drugiej części zawierającej przegląd badań empirycznych. Artykuł odwołuje się najczęściej do przywiązania w dorosłości, głównie do wymiarów unikania i niepokoju, rzadziej do stylów (kategorii) przywiązania znanych jako ufny/bezpieczny, zaabsorbowany, odrzucający/unikający, lękowy/zdezorganizowany. Wymiary unikania i niepokoju pojawiają się najczęściej w literaturze światowej jako dobrze charakteryzujące i potwierdzone empirycznie konstrukty [13].

Podstawy koncepcji przywiązania

Kluczowym założeniem koncepcji przywiązania, według jej autora — Johna Bowlby'ego [14–16] jest pogląd, że u człowieka występuje biologicznie zakorzeniona skłonność do tworzenia bliskich, emocjonalnych więzi z kluczowym opiekunem (zazwyczaj matką). Skłonność ta jest uniwersalna dla wszystkich ludzi, a funkcją owego przywiązania jest ochrona życia przed zewnętrznymi zagrożeniami. Podczas wczesnych interakcji dziecka z opiekunem tworzy ono swoiste wzorce mentalne, nazwane wewnętrznymi modelami operacyjnymi, które mają kluczowe znaczenie w dalszym rozwoju człowieka i w jego relacjach z innymi. Wewnętrzne modele operacyjne to dynamiczna reprezentacja umysłowa, w której jednostka przechowuje wiedzę na temat siebie, opiekuna oraz wzajemnych relacji między nim a sobą. Wyznacza to swoistą trajektorię rozwojową, na bazie której jednostka będzie w określony sposób spostrzegać innych i tworzyć z nimi relacje. Badania empiryczne zapoczątkowane przez współpracowniczkę Bowlby'ego — Mary Ainsworth i wsp. [17] i kontynuowane przez wielu badaczy w różnych obszarach funkcjonowania człowieka [por. 3, 13] pozwalają na sformułowanie kilku ważniejszych tez: 1) przywiązanie ma charakter dwuwymiarowy i daje się opisywać na dwóch ortogonalnych wymiarach: a) niepokoju (anxietu) — jako ciągłego martwienia się o to, czy figura przywiązania będzie dostępna i dostatecznie wrażliwa na potrzeby oraz b) unikania (avoidence) — czyli utrzymywania dystansu w relacjach międzyludzkich, co wynika z lęku przed zależnością i odrzuceniem; 2) wczesne badania nad więziami u dzieci wyróżniły 4 wzory przywiązania: bezpieczny, lękowo-unikający, lękowo-ambiwalentny oraz zdezorganizowany [17–18]; 3) późniejsze badania na osobach dorosłych na bazie dwóch wyżej wymienionych wymiarów

niepokoju i unikania pozwoliły wyróżnić 4 style przywiązania w dorosłości: bezpieczny, zaabsorbowany, unikowy/odrzucający oraz lękowy inaczej zdezorganizowany [19]; 4) przywiązanie w ciągu życia jest umiarkowanie stabilne, a pierwotny wzór więzi u niektórych osób zmienia się poprzez wchodzenie w kolejne ważne relacje interpersonalne oraz poprzez znaczące wydarzenia życiowe, w tym również przez psychoterapię [20]; 5) bliskie związki romantyczne osób dorosłych mają wiele cech podobnych do interakcji dziecka z opiekunem, np. poszukiwanie bliskości, bezpieczeństwa, przeżywanie silnych emocji, zwracanie się o pomoc i wsparcie w sytuacjach kryzysowych, stąd współcześnie poprzez badanie zachowań w takich związkach próbuje się ustalić pierwotny lub aktualny styl tworzenia więzi [19].

Przywiązanie a psychoterapia grupowa

Nawiązując do koncepcji przywiązania można stwierdzić, że u pacjenta w relacji z psychoterapeutą lub w przypadku psychoterapii grupowej, również z pozostałymi uczestnikami grupy, aktywowany jest swoisty wzorzec więzi, który został ukształtowany podczas wczesnych interakcji ze znaczącymi osobami. Dlatego wielu klinicystów i teoretyków zgadza się z tym, że sytuacja taka może być intencjonalnie wykorzystana do celów terapeutycznych [5]. Mikulincer i Shaver [13] formułują tezę, że emocjonalne więzi jednostki z grupą można rozumieć poprzez pryzmat koncepcji przywiązania jako odzwierciedlenie wczesnej więzi z opiekunem. Mówią o tym, że w grupie pacjent może podjąć próbę wyrównania deficytów wynikających z wczesnych relacji, np. może czerpać z niej poczucie bezpieczeństwa i traktować ją jako bezpieczną bazę (podstawę) do dalszego rozwoju. Autorzy konkludują, że wzór więzi jest predyktorem efektywności psychoterapii, a związek pomiędzy tym wzorem i efektywnością może być modulowany poprzez inne czynniki, w tym przez proces grupowy. Marmarosh [21] z kolei uważa (choć hipoteza ta nie była jak do tej pory zbyt często badana), że u podstaw wielu zjawisk grupowych, takich jak klimat grupowy, spójność grupowa czy relacja uczestników do grupy, może stać przywiązanie diadyczne oraz grupowe.

Odwołując się do pojęcia wewnętrznych modeli operacyjnych, w których niejako zakodowane jest widzenie siebie i innych na płaszczyźnie relacyjnej, możemy postawić różnorodne hipotezy co do funkcjonowania osób z bezpiecznymi i pozabezpiecznymi stylami więzi. Możemy założyć, że osoby z wysokim poziomem niepokoju w relacjach przywiązania będą w grupie terapeutycznej postrzegać siebie jako gorsze od innych, a tym samym obawiając się odrzucenia, będą usilnie zabiegać o względy innych uczestników. Przy uruchomieniu tzw. wtórnej strategii przywiązaniowej (secondary attachment strategy) dochodzi do hiperaktywacji systemu przywiązania, w której osoby usilnie będą przywoływać uwagę innych. Może się to przejawiać np. w dużej koncentracji na potrzebach innych dla wkupienia się w ich łaski. Jednak ostatecznie osoby takie poczują się sfrustrowane, ze względu na brak, w ich odczuciu, dostatecznie wrażliwej czy opiekuńczej reakcji ze strony innych osób. Inaczej będzie z uczestnikami terapii prezentującymi wysoki poziom unikania, których wewnętrzne modele operacyjne nakazują widzieć siebie jako bardziej wartościowych, natomiast innych jako zagrażających. Osoby takie z zasady są nieufne i niechętnie do wchodzenia w zależność — w związku z tym będą tak długo, jak to moż-

liwe utrzymywać dystans w relacjach grupowych. Po uruchomieniu wtórnej strategii przywiązaniowej nastąpi u nich dezaktywacja systemu przywiązania, a więc będą negować potrzeby własne oraz potrzeby innych, a także zaniżać rolę otoczenia we własnym życiu.

Wśród pacjentów zgłaszających się do psychoterapii możemy spotkać również takich, którzy będą w relacji przywiązania prezentować zarówno wysoki poziom niepokoju, jak i unikania. Styl więzi prezentowany przez takie osoby często określany jest jako zdeorganizowany ze względu na naprzemienną hiperaktywację i dezaktywację systemu przywiązaniowego [13]. Są to osoby, które najczęściej doświadczyły mało przewidywalnych, chaotycznych, traumatycznych lub przemocowych relacji z pierwotnymi opiekunami. W psychoterapii grupowej takie osoby mogą powodować frustrację w grupie i przysparzać sporych trudności w procesie leczenia ze względu na naprzemienne cykle poszukiwania bliskości, po których następuje odrzucenie lub unikanie innych uczestników [5, 12].

Z teoretycznego punktu widzenia można domniemywać, że wiele czynników terapeutycznych w psychoterapii grupowej prawdopodobnie odnosi się do różnych aspektów przywiązania. Np. spójność grupowa — czynnik uważany przez niektórych autorów za odpowiednik przymierza terapeutycznego w psychoterapii indywidualnej — jest definiowana jako więź i wzajemna atrakcyjność poszczególnych członków grupy [22]. Nasuwa to oczywiste skojarzenia z pojęciem wewnętrznych modeli operacyjnych w koncepcji Bowlby'ego i może być rozumiane poprzez ich pryzmat. Wiadomo również, że spójność grupowa jest predyktorem efektywności terapii grupowej [23]. Prawdopodobnie spójność może zmieniać wewnętrzny obraz siebie i innych (czyli wewnętrznych modeli operacyjnych), a tym samym wpływać na zmianę stylu przywiązania [12].

Marmarosh i Tasca [24] łączą psychoterapię grupową i koncepcję przywiązania poprzez odwołanie się do innych grupowych czynników psychoterapeutycznych wymienionych przez Yaloma i Leszcza [23], twierdząc, że:

- społeczny mikrokosmos tworzony przez grupę, w którym pacjent będzie odgrywał sposoby nawiązywania relacji z innymi, stwarza możliwość obserwacji, a następnie interwencji (np. interpretacji) odwołujących się bezpośrednio do wewnętrznych modeli operacyjnych,
- rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej oraz korektywne emocjonalne doświadczenie przyczynia się do internalizacji pozytywnych relacji przywiązaniowych doświadczanych w grupie i tym samym do budowania bezpiecznego stylu przywiązania,
- społeczne uczenie się dokonujące się poprzez obserwację innych oraz uzyskiwanie informacji zwrotnych, daje możliwość rozwijania refleksyjności i zdolności do mentalizacji, a więc tych aspektów, które u osób z pozabezpiecznymi stylami więzi bywają słabo rozwinięte.

Grupa pozwala również na uczenie się nowych strategii regulacji afektywnej, w szczególności poprzez możliwość werbalizacji emocji oraz wspieranie procesów poznawczych dotyczących rozumienia emocji. Jest to ważne w szczególności u osób z lękowym stylem więzi, u których dochodzi do hiperaktywacji systemu przywiązaniowego i które wykazują trudności z werbalizacją własnych stanów wewnętrznych.

Markin i Marmarosh [25], odwołując się do pięciostadialnego modelu rozwoju grupy obejmującego fazy: orientacji (forming), konfliktu (storming), spójności (norming), wykonania (performing) oraz rozwiązania (adjourning), sugerują, że osoby z różną charakterystyką przywiązania będą w tych fazach prezentować inny typ przeniesienia i funkcjonowania w grupie. I tak osoby z tendencjami do unikania w relacjach przywiązania będą czuły się gorzej w grupie w fazie orientacji, a jeszcze gorzej w fazie spójności. Są to fazy, w których budowana jest jedność i bliskość w grupie i w związku z tym osoby takie będą miały więcej negatywnych przeniesień i będą czynić wysiłki, by nie wejść w zależność od grupy. Z kolei osoby o tendencjach do przeżywania niepokoju w relacjach przywiązania prawdopodobnie gorzej będą się czuły w fazach konfliktu i rozwiązania. Ze względu na ciągłe poszukiwanie bliskości oraz lęk, że utracą obiekt przywiązania, będą kurczowo trzymać się innych uczestników, będą bać się rozpadu grupy, staną się zależne i podporządkowane innym. W pozostałych fazach będą przeżywały więcej pozytywnych przeniesień, idealizując grupę i jej uczestników.

Przywiązanie do grupy jako całości

Smith i wsp. [26] sugerują, że przywiązanie nie tylko może być kierowane do poszczególnych członków grupy, ale również w relacji do grupy jako całości. Wewnętrzne modele operacyjne mogą zawierać obraz siebie jako wartościowego lub niewartościowego członka grupy, który będzie do grupy dążył lub od grupy się izolował. Grupa natomiast może być spostrzegana jako ciepła, wspierająca i współpracująca albo jako odrzucająca. Modele te, podobnie jak przywiązanie diadyczne, kształtuje się poprzez doświadczenie w pierwotnej grupie rodzinnej oraz wczesnych grupach rówieśniczych i dalej może być modyfikowane przez kolejne grupy w późniejszych etapach życia. Sposób widzenia siebie i grupy będzie miał istotny wpływ na rozumienie siebie i zachowanie w kontekstach grupowych.

W związku z powyższym autorzy [26] zaproponowali, że przywiązanie do grupy będzie można opisać w dwóch wymiarach, podobnie jak przywiązanie diadyczne. Osoby prezentujące wysoki poziom niepokoju w relacji z grupą będą czuły się mało wartościowymi jej członkami, a jednocześnie będą cały czas pochłonięte lękiem przed odrzuceniem przez grupę i w konsekwencji jej podporządkowani. Inaczej z osobami prezentującymi wysokie wartości w wymiarze unikania: bliskość z grupą będzie przez nie spostrzegana jako niepotrzebna, a nawet zagrażająca, będą one unikać pogłębiania relacji z grupą oraz wchodzenia w zależność od niej. Analogicznie osoby, które będą prezentowały niski poziom w obu tych wymiarach, można opisać jako osoby o bezpiecznym (optymalnym) stylu przywiązania do grupy. Autorzy potwierdzili empirycznie w swoich badaniach, że przywiązanie w relacjach diadycznych jest innym konstruktem niż przywiązanie do grupy. Jest to związane głównie z tym, że nieco inne potrzeby są kierowane, np. do partnera w związku, a inne do grupy społecznej, której jest się członkiem.

Koncepcja przywiązania a interwencje psychoterapeutyczne

Mając do dyspozycji konstrukty teoretyczne i aparat pojęciowy łączący koncepcję przywiązania i psychoterapię grupową, niektórzy autorzy podejmują próby projektowania bardziej lub mniej całościowych interwencji grupowych. Do najbardziej znanych należą:

propozycja rozumienia zjawisk przeniesieniowych zaproponowana przez Markin i Marmarosh [25], nakierowane na zmianę przywiązania grupowe procedury terapeutyczne Kilmanna i wsp. [27] oraz sugestie Marmarosh i wsp. [12] dotyczące pracy w grupie z pacjentami o określonym stylu więzi.

Markin i Marmarosh [25] sugerują, że po pierwsze należy zwrócić uwagę na to, iż w terapii grupowej mamy do czynienia z dwoma rodzajami więzi: diadyczną (pacjent — pacjent lub pacjent — terapeuta) oraz grupową (pacjent — grupa). Jak opisano powyżej, Smith i wsp. [26] odkryli, że natura przywiązania uczestnika do grupy jako całości jest podobna, choć nie tożsama z więzią diadyczną i może zostać podobnie opisana w dwóch wymiarach: niepokoju i unikania. W związku z tym bardzo ważne jest, aby w grupie znalazły się nie tylko osoby o więzi pozabezpiecznej, częściej u pacjentów z zaburzeniami emocjonalnymi, ale również takie, które charakteryzuje więź bezpieczna — zarówno diadyczna, jak i z grupą. Osoby o bezpiecznej więzi będą bowiem modelami dla uczestników z pozabezpieczną więzią, w szczególności w takich aspektach, jak np. zachowanie w grupie czy tworzenie i przestrzeganie norm grupowych.

Z drugiej strony autorzy wskazują [25], że pacjenci prezentujący pozabezpieczną więź w interakcjach diadycznych, jak i interakcjach z grupą mają mniejsze szanse na skorzystanie z terapii grupowej ze względu na duże ryzyko rezygnacji z niej (drop-out). Ponadto autorzy ci sugerują, że doświadczenie bycia w grupie może być dla takich uczestników retraumatyzujące i należy rozważyć dla nich psychoterapię indywidualną.

Kilmann i wsp. [27] opracowali grupowe procedury terapeutyczne nakierowane na zmianę stylu więzi z pozabezpiecznego na bezpieczny. Program terapii przewidywał następujące składowe elementy:

- a) Psychoedukację na temat relacji interpersonalnych i restrukturyzację poznawczą dysfunkcyjnych przekonań na temat bliskich więzi. Ta część pracy obejmowała trzy godziny pracy i jej celem było wytworzenie w uczestnikach racjonalnego systemu przekonań na temat bliskich relacji interpersonalnych.
- b) Blok bezpośredniej pracy nad przywiązaniem, który składał się z kilku kroków. W pierwszym, uczestnicy dowiadywali się o znaczeniu więzi i byli zachęceni do dyskusji, w jaki sposób w ich rodzinach pochodzenia tworzy się relacje i reguluje emocje. Dzięki temu mieli zrozumieć korelacje między wczesnymi więziami a budowaniem relacji interpersonalnych w dorosłości. Drugi krok był skoncentrowany na identyfikowaniu sposobów wchodzenia w relacje romantyczne (np. zachowania podczas randek) i wyszukiwaniu czynników spustowych odpowiedzialnych za różne trudne emocje, np. zazdrość, lęk przed opuszczeniem itp. Trzeci krok polegał na „przeramowaniu” (reframing), czyli zobaczeniu w nowym świetle własnych relacji przywiązaniowych i nabyciu przekonania, że negatywne strategie z nimi związane mogą zostać zmienione. W celu ominięcia oporu i obron psychologicznych wykorzystywano bajki Edwina H. Friedmana — w małych podgrupach oraz na forum dyskutowano ich treść.
- c) Blok treningu umiejętności interpersonalnych, podczas którego uczestnicy mogą uczyć się tworzenia i podtrzymywania pozytywnych relacji. Używane są metody typowe dla treningów psychologicznych, takich jak: modelowanie, instruowanie,

dawanie i otrzymywanie informacji zwrotnych, nauka rozróżniania między zachowaniami asertywnymi a agresywnymi, odgrywanie scenek itp.

- d) Blok strategii relacyjnych polegający na identyfikowaniu różnic między cechami osobowości a zachowaniami. Ponadto zakłada się analizę strategii świadomego wyboru partnera i przewidywania trudności w relacjach.

Autorzy podkreślają, że podczas trwania całego programu należy wzmacniać korzystne czynniki grupowe, takie jak spójność grupy, uczenie się interpersonalne itp. Należy dodać, że program zmiany stylu przywiązania został pomyślany jako ultrakrótką interwencją odbywającą się podczas intensywnych zajęć weekendowych. Do programu pilotażowego były kwalifikowane osoby niezamężne, niezaręczone, niemające dzieci, w kwestionariuszu badającym styl przywiązania uzyskujące wynik świadczący o jednym z pozabezpiecznych stylów więzi. Wykazano, że osoby uczestniczące w takich zajęciach grupowych prezentowały później lepsze funkcjonowanie interpersonalne i wyższy poziom ufności do ludzi. Według doniesień autorów nawet uczestnicy o bardzo wysokich wynikach w skalach niepokoju i/lub unikania również odnosili korzyści z takiego treningu grupowego [27].

Marmarosh i wsp. [12] w swojej książce proponują specyficzne sposoby postępowania z pacjentami uczestniczącymi w terapii grupowej, a prezentującymi różnorodne charakterystyki przywiązaniowe. I tak osoby, u których obserwuje się wysoki poziom niepokoju i niski poziom unikania w relacjach (o zaabsorbowanym stylu więzi), jak opisano powyżej, będą mocno wyczulone na potrzeby innych uczestników, a siebie będą spostrzegały jako osoby mało ważne. W sytuacjach stresowych wtórna strategia przywiązaniowa będzie prowadziła do hiperaktywacji systemu przywiązania i silnych reakcji emocjonalnych. W związku z tym w pracy z tymi pacjentami należy:

- zachęcać i uczyć refleksyjności i werbalizacji własnych emocji, gdyż niewyraźne, mają tendencję do zamieniania się w autokrytykę i autodestrukcję;
- wzmacniać poczucie spójności z grupą, m.in. poprzez podkreślanie wypowiedzi świadczących o ważności uczestnika dla grupy, podobieństw z innymi uczestnikami itp., co będzie obniżać lęk przed odrzuceniem. Poczucie bezpieczeństwa w grupie będzie modulowało projekcje pacjenta na temat odrzucenia i tym samym grupa będzie spełniać wobec niego rodzaj korektywnej bezpiecznej bazy;
- stymulować zmianę wewnętrznych modeli operacyjnych, w szczególności poprzez podważanie przekonań pacjenta na temat siebie i innych. W dużym stopniu można tu używać grupy jako odzwierciedlenia i podkreślać rozbieżności między fałszywymi przekonaniami pacjenta na temat siebie i innych a rzeczywistymi wypowiedziami innych uczestników na ten temat;
- stymulować rozwój mentalizacji poprzez zachęcanie uczestników do mówienia o uczuciach, rozwijać umiejętności interpretacji emocji stojących za określonymi zachowaniami oraz zachęcać do udzielania informacji zwrotnych w sytuacji „tu i teraz”.

Osoby, u których obserwuje się wysoki poziom unikania z jednoczesnym niskim poziomem niepokoju w relacjach (unikowy/odrzucający styl więzi), będą: ukrywać swoje emocje i zaprzeczać im, utrzymywać dystans fizyczny i emocjonalny z innymi, bać się bliskości,

zapewniać, że wszystko jest z nimi w porządku i nie będą skłonne do czerpania ze wsparcia grupowego. W sytuacjach stresowych będą dezaktywować system przywiązania, wycofywać się z relacji, pomniejszać znaczenie innych dla siebie, a obronnie (nieadaptacyjnie) podkreślać własną samowystarczalność, używać mechanizmów obronnych racjonalizacji i intelektualizacji. W związku z tym w pracy grupowej z takimi uczestnikami należy:

- nie naciskać na szybkie tworzenie więzi i spójności z grupą, a pozwolić im wchodzić w relacje grupowe we własnym tempie. Zbyt szybkie i mocne zacieśnianie więzi grozi wypadnięciem z terapii;
- „odgadywać” i rozumieć ich emocje korzystając ze zjawiska projekcyjnej identyfikacji. W interakcjach grupowych między osobą unikającą a resztą grupy często bowiem dochodzi do sytuacji, w której pacjent będzie zaprzeczać emocjom, natomiast reszta uczestników będzie je silnie przeżywała;
- kontrolować własne stany przywiązaniowe, gdyż wskutek interakcji z unikającymi uczestnikami istnieje tendencja do hiperaktywacji systemu przywiązaniowego terapeuty (i innych członków grupy), co może grozić nadmiernym zaangażowaniem, intruzywnym i opresyjnym podejściem. Korzystniejszym wyjściem będzie postawa terapeuty dająca „bezpieczną bazę”, nazywanie i uświadomianie, co dzieje się w relacjach „tu i teraz” między uczestnikiem i resztą grupy;
- zachować balans pomiędzy interwencjami konfrontującymi a empatycznymi ze względu na duże ryzyko narażenia pacjenta na uczucia wstydu. Klaryfikacje i empatyczne nazywanie przyczyniają się do rozumienia uczestnika przez inne osoby w grupie;
- omawiać i pomóc zrozumieć obronne znaczenie utrzymywania za wszelką cenę niezależności i poczucia siły. Wskazane jest, aby robić to z uwzględnieniem przeszłości pacjenta i pokazywaniem mu, że jego zachowania obronne miały swoją określoną przydatność w przeszłości, jednak obecnie, „tu i teraz”, mogą stanowić źródło izolacji i problemów;
- wzmacniać rozwój mentalizacji i werbalizacji uczuć, jednak w o wiele wolniejszym tempie niż w przypadku osób o wysokim poziomie niepokoju i niskim poziomie unikania.

Prawdopodobnie najtrudniejszą podgrupą pacjentów w terapii będą osoby, u których obserwuje się zarówno wysoki poziom niepokoju, jak i unikania w relacjach przywiązaniowych (często określanymi jako osoby o stylu więzi lękowo-unikającym lub zdeorganizowanym). Ze względu na to, że oba wymiary będą jednocześnie aktywowane, zachowanie pacjenta, jego emocje i postawy mogą być chaotyczne, trudne do zrozumienia i przewidzenia. Badania wskazują, że w tej grupie pacjentów bardzo często znajdują się osoby, które doświadczyły w dzieciństwie traum, nadużyć lub żyły w szczególnie niesprzyjających, nieprzewidywalnych warunkach rozwojowo-wychowawczych. Wśród nich znajduje się wiele osób z rozpoznaniem osobowości typu borderline oraz uzależnionych od substancji psychoaktywnych [12].

W grupie terapeutycznej osoby z jednocześnie wysokim poziomem niepokoju i unikania w relacjach przywiązaniowych będą często wywoływać u pozostałych członków

grupy dezorientację i frustrację ze względu na zmienny styl funkcjonowania oraz niejednoznaczne zaangażowanie w spójność grupową. W związku z frustracją innych uczestników, mogą narażać się na retraumatyzację w relacjach interpersonalnych. Brak odpowiednich wewnętrznych możliwości samouspokojenia się i słabe możliwości tolerowania napięcia mogą prowadzić do nadużywania leków, alkoholu, narkotyków lub objadania się.

Marmarosh i wsp. [12] proponują następujące strategie w terapii grupowej wobec pacjentów z wysokim poziomem niepokoju i unikania:

- konieczne jest wypracowanie w grupie wysokiego poziomu tolerancji na przyjęcie silnych i chaotycznych uczuć i postaw takich pacjentów tak, aby grupa stała się „bezpieczną bazą” i mogła modulować i regulować ich emocje;
- wskazana jest duża koncentracja na budowaniu mentalizacji, co jest jednocześnie niezwykle trudne, gdyż ze względu na doświadczenie traum, osoby te są zaangażowane w czynności obronne, w tym walkę z innymi, mniej zaś w próbę rozumienia własnych i cudzych stanów emocjonalnych;
- należy usilnie pomagać werbalizować uczucia takich pacjentów;
- należy identyfikować procesy przeniesieniowe i jednocześnie zachęcać innych uczestników do udzielania informacji zwrotnych nie tylko bezpośrednio do pacjenta, ale również np. do terapeuty grupowego. Pacjenci unikowi/odrzucający będą mogli porównać własne przekonania, często przesycone lękiem przed zranieniem z polifonicznym głosem grupy.

Podsumowanie

Koncepcja przywiązania na stałe weszła do kanonów psychiatrii, psychologii i psychoterapii wyjaśniając różne zjawiska związane z psychopatologią i leczeniem pacjentów. Doczekała się wielu publikacji kładących nacisk na rozumienie zjawisk przywiązaniowych w psychopatologii, psychoterapii indywidualnej i rodzinnej, natomiast stosunkowo ubogi pozostał obszar wiążący koncepcję przywiązania i psychoterapię grupową. W ostatnich jednak latach coraz więcej badań porusza ten obszar zagadnień, dając nową wiedzę i wskazówki praktyczne, jak postępować z pacjentami w grupie, używając rozumienia zaczerpniętego z koncepcji przywiązania.

W niniejszym artykule starano się dokonać przeglądu wybranych aspektów koncepcji więzi i jej odzwierciedlenia w psychoterapii grupowej. Część druga artykułu będzie dotyczyła przeglądu wybranych badań empirycznych dotyczących tego tematu.

Piśmiennictwo

1. Józefik B, Iniewicz G, red. Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
2. Iniewicz G. Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania. *Psychiatr. Pol.* 2008; 42(5): 671–682.

3. Tryjarska B, red. *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2010.
4. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry* 2012; 11(1): 11–15.
5. Wallin DJ. *Przywiązanie w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
6. Diener MJ, Monroe JM. The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: a meta-analytic review. *Psychother*. 2011; 48(3): 237–248.
7. Erdman P, Caffery T. *Attachment and family systems: Conceptual, empirical, and therapeutic relatedness*. New York, NY: Brunner-Routledge; 2003.
8. Hughes DA. *Attachment focused family therapy*. New York: W.W. Norton & Company; 2007.
9. Marmarosh ChL. Attachment in group psychotherapy: bridging theories, research, and clinical techniques. *Int. J. Group Psychother*. 2017; 67(2): 157–160.
10. Tasca GA, Balfour L. Attachment and eating disorders: a review of current research. *Int. J. Eating Dis*. 2014; 47(7): 710–717.
11. Marmarosh ChL. (2014). Empirical research on attachment in group psychotherapy: moving the field forward. *Psychother*. 2014; 51(1): 88–92.
12. Marmarosh ChL, Markin RD, Spiegel EB. *Attachment in group psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association; 2013.
13. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment in adulthood. Structure, dynamics and changes*. New York, London: The Guilford Press; 2007.
14. Bowlby J. *Attachment and loss (t. I)*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1969.
15. Bowlby J. *Attachment and loss (t. II)*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1973.
16. Bowlby J. *Attachment and loss (t. III)*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1980.
17. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
18. Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. W: Brazelton TB, Yogman MW, red. *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablem; 1986, s. 95–124.
19. Brennan KA, Clark CL, Shaver P. Self-report measurement of adult attachment. W: Simpson JA, Rholes WA, red. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press; 1998, s. 46–76.
20. Lewis M, Feiring C, Rosenthal S. Attachment over time. *Child Develop*. 2000; 71(3): 707–720.
21. Marmarosh ChL. Multiple attachments and group psychotherapy: Implications for college counseling centers. *J. Int. Group Psychother*. 2009; 59(4): 461–490.
22. Burlingame GM, McClendon DT, Alonso J. Cohesion in group therapy. *Psychother*. 2011; 48(1), 34–42.
23. Yalom I, Leszcz M. *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
24. Marmarosh ChL, Tasca G. Adult attachment anxiety: using group therapy to promote change. *J. Clin. Psychol*. 2013; 69(11): 1172–1182.
25. Markin RD, Marmarosh ChL. Application of adult attachment theory to group member transference and the group therapy process. *Psychother. Theory Res. Pract. Train*. 2010; 47(1): 111–121.

-
26. Smith ER, Murphy J, Coats S. Attachment to groups: theory and measurement. *J. Person. Soc. Psychol.* 1999; 77(1): 94–110.
 27. Kilmann PR, Laughlin JE, Carranza LV, Downer JT, Major S, Parnell MM. Effects of an attachment-focused group preventive intervention on insecure women. *Group Dyn. Theory Res. Practice*; 1999; 3(2): 138–147.

Adres: zbigniew.wajda@gmail.com