

## **TEORIA PRZYWIĄZANIA: PEWNE IMPLIKACJE DLA TERAPII GESTALT**

**Neil Harris**

**26 września 1996 r.**

*Tłumaczenie: Iwo Tarkowski*

Streszczenie: Teoria przywiązania była rozwijana na przestrzeni ostatnich pięćdziesięciu lat jako jeden ze sposobów pojmowania podstaw naszej zdolności oraz potrzeby tworzenia i podtrzymywania relacji. Przyczyniła się ona w istotny sposób nie tylko do tego, jak postrzegamy rozwój najwcześniejszych relacji w naszym życiu, ale także do naszego rozumienia procesów separacji i utraty. Implikacje dla psychoterapii w znaczeniu ogólnym stają się coraz wyraźniejsze, a w tym artykule szczególną uwagę zwraca się na sposoby, w jaki może być ona przydatna dla terapeutów Gestalt, aby mieli na uwadze kluczowe koncepcje przywiązania, jak mogą one pojawić się w naszej pracy i jak mogą być wykorzystywane terapeutycznie

Słowa kluczowe: Teoria przywiązania, terapia Gestalt, relacja terapeutyczna

### **Wprowadzenie**

Ostatnio zaintrygowało mnie to, co usłyszałem od pewnej klientki: uważa ona, iż może mieć „unikający styl przywiązania”. Przypomniał mi się o jej wyrafinowaniu w myśleniu konceptualnym i o jej własnym znaczącym doświadczeniu jako terapeutki, zacząłem zastanawiać się nad jej przekazem. Moje doświadczenie jako terapeuty w pracy z nią polegało na tym, że kiedy skupiałem się na kwestiach wsparcia środowiskowego i wewnętrznego, często reagowała gwałtownym wycofaniem się, i że wówczas zostawałem z poczuciem rosnącego dystansu pomiędzy nami. W pewnym sensie nie udało nam się wypracować dobrze funkcjonującego, żywego sojuszu terapeutycznego. Często zdawaliśmy się tańczyć wokół siebie i wokół sedna pracy, zamiast zajmować się tymi kwestiami. Pewnego razu omawialiśmy jej reakcję na przerwę w terapii. Zarezerwowała dwie sesje z chiropraktykiem, które zbiegły się w czasie z naszymi dwoma planowanymi spotkaniami po moim powrocie. Z widocznym zdumieniem i rozbawieniem zastanawiała się nad tym, jak dokonała tej rezerwacji, nie zdając sobie sprawy z jej konsekwencji. Powiadomiła mnie o tym w liście, którego ton był „chamski” i gwałtowny, ale nie miała kontaktu z gniewem, który wyczułem między wierszami.

Zastanawiałem się, jak mogłoby to wpasować się w jej koncepcję przywiązania i jak moje własne refleksje na temat przywiązania i jego pojmowania mogłyby najlepiej służyć terapii. Jaka była natura jej przywiązania do mnie? Jaki usztywniony Gestalt mógł stać się figuralny w naszej pracy jako rezultat jej doświadczeń z przeszłymi figurami przywiązania? Jakie były implikacje sposobu, w jaki pracowałem, aby ją wesprzeć, i jej sposobów wspierania siebie? Jak moje własne odczucia wobec niej i naszej pracy mogą być powiązane z tym aspektem naszej relacji?

W niniejszym artykule prezentuję mój sposób myślenia o przywiązaniu jako idei, która ma kluczowe implikacje dla praktyki terapii Gestalt; jednocześnie zgadzam się z Garym Yontefem (1993, s. 454), że „terapia Gestalt jest sztuką opartą na jasnej świadomości bazującej na fenomenologii i kontakcie dialogicznym, a wszelkie sugestie oparte na danych grupowych, takich jak diagnoza, stanowią jedynie sugestię i pomoc dla poprawy perspektywy terapeuty”. W nadziei, że będę mógł przedstawić kilka pomocnych sugestii, prześlę w skrócie historyczny rozwój teorii przywiązania, przedyskutuję najnowsze istotne spostrzeżenia i wyniki badań, szczególnie w obszarze stylów przywiązania dorosłych, i głębiej rozważę implikacje dla klienta i terapeuty, jakie ma wszechobecność stylów przywiązania w polu terapeutycznym.

### **Czym jest przywiązanie?**

W latach 50. – częściowo jako reakcja na opis relacji międzyludzkich w ramach teorii analitycznej i rozwinięcie tego opisu, a częściowo jako konsekwencja obserwacji relacji dziecięcych w okresach stresu i rozłąki w czasie II wojny światowej – opracowany został nowy paradygmat rozumienia wzorców naszych wczesnych relacji. Kluczowe znaczenie miała tu refleksja Johna Bowlby’ego. Potomek wyższej klasy brytyjskiej rodziny, w której jego rodzice byli odlegli (przynajmniej w nowoczesnym zachodnim spojrzeniu na relacje rodzinne), i w którego wczesnym życiu wiele macierzyńskiego ciepła zapewniały nianie, a swego rodzaju rodzicielstwo – szkoły z internatem, Bowlby był pod silnym wrażeniem pism Karola Darwina i etologów takich jak Konrad Lorenz. Pracując w czasie wojny jako psychiatra wojskowy, stał się kluczową postacią w Instytucie Tavistock i zapoczątkował tam szkolenia z psychoterapii dziecięcej. Wojenne dziedzictwo oddzielenia i straty było istotną cechą obszaru badań, z którego wyłoniły się studia nad przywiązaniem jako jednolita koncepcja.

Bowlby pracował z rodzinami, dziećmi i ich matkami, pomagał filmować cierpienie dwulatka w reakcji na jego rozstanie z rodzicami w chwili przyjęcia go do szpitala. Jedną z konsekwencji tej pracy było zrewolucjonizowanie procedur wizyt w szpitalu, a także wsparcie w zaspokajaniu potrzeby utrzymania bliskiego kontaktu między dziećmi i najważniejszymi dla nich dorosłymi w tym okresie ich życia. Czerpał także z wyników badań nad instytucjonalnym wychowaniem małych dzieci (np. Spitz 1945, 1946), które coraz wyraźniej wskazywały na poważny i długotrwały niekorzystny wpływ braku bliskiej relacji wychowawczej na emocjonalny dobrostan dzieci. Następnie, w oparciu o teoretyczne koncepcje Bowlby'ego, praktycy tacy jak Mary Ainsworth i Mary Main (np. Murray Parkes et al. 1991) określili cechy relacji, które mają znaczenie dla przywiązania. Jeśli cechy te nie są dostatecznie rozwinięte, powodują trudności w nawiązywaniu satysfakcjonującego kontaktu i rozróżnianiu figury od tła, a w konsekwencji prowadzą do osłabienia zdolności wspierania samego siebie (właśnie dlatego wielu klientów szuka pomocy u nas, psychoterapeutów).

Przywiązanie jest związane ze zdolnością do czucia się bezpiecznie, pewnie, czucia się trzymanym i pielęgnowanym, gdy znajdujemy się w pobliżu osoby, która jest figurą przywiązania. Dla małych dzieci oznacza to dosłowne poszukiwanie bliskości z bezpieczną bazą, z której możliwa jest eksploracja, zainteresowanie środowiskiem i podejmowanie wyzwań związanych z nowymi doświadczeniami. W ten sposób powstaje jeden z dwóch podstawowych stylów przywiązania: gdy potrzeby związane z przywiązaniem są odpowiednio zaspokojone, powstaje „bezpieczne przywiązanie”, a gdy nie są, mówi się, że dziecko jest „pozabezpiecznie przywiązane”. Wraz ze zdrowym rozwojem pojawia się zdolność do noszenia we własnym wnętrzu modeli operacyjnych bezpieczeństwa, dzięki czemu stajemy się sami dla siebie bezpieczną bazą. (Holmes 1993, s. 67).

### **Co wyróżnia relacje przywiązania?**

Istnieją pewne kluczowe cechy zachowania małych dzieci, charakterystyczne dla relacji przywiązania. Aby ułatwić ich interpretację, można je ekstrapolować wraz z informacjami pochodzącymi z naszych własnych subiektywnych doświadczeń w zakresie poczucia bezpieczeństwa, ochrony i gotowości do „próbowania nowości”:

*Poszukiwanie bliskości* – można zaobserwować, że dziecko poznaje swoje środowisko w określonym obszarze bezpieczeństwa. Wielkość tego obszaru jest różna w zależności zarówno od wieku i mobilności, jak i od poczucia bezpieczeństwa dziecka. Dzieci

mogą już posiadać introjekty na temat względnego poziomu bezpieczeństwa świata oraz na temat konkretnych zagrożeń, które mogą istnieć „gdzieś tam”. Podczas eksploracji w tym obszarze, jeśli napotkają coś, co wywołuje ich niepokój, powrócą do osoby, którą uważają za bezpieczną, do swojej figury przywiązania, aby odzyskać poczucie bezpieczeństwa. Starają się być blisko tej osoby, gdy czują się przestraszone, zaniepokojone, dezorientowane, zakłopotane, nieśmiałe czy zawstydzone.

*Efekt bezpiecznej bazy* – obecność figury przywiązania sprzyja poczuciu bezpieczeństwa dzięki czemu po powrocie dziecka do bezpiecznej bazy następuje zmniejszenie pobudzenia, pojawia się poczucie satysfakcji, a po chwili gotowość do ponownego wyjścia w świat. Może występować cykliczny wzorzec zainteresowania, eksploracji, niepokoj, powrotu do bazy i uspokojenia. Oczywiście należy pamiętać, że „bazą” jest w rzeczywistości osoba, a gotowość dziecka do opuszczenia bazy i eksploracji wiąże się z zaufaniem do poczucia bezpieczeństwa zapewnianego przez daną osobę. Chęć powrotu do tej osoby w celu uzyskania poczucia komfortu wydaje się rosnać proporcjonalnie do fizycznej odległości od niej. Jeśli osoba ta nie jest postrzegana jako zapewniająca bezpieczeństwo lub godna zaufania, wówczas promień, w którym dziecko jest skłonne do eksploracji, jest krótszy, a świat dziecka bardziej ograniczony fizycznie.

*Protest separacyjny* – kiedy dziecko zostaje oddzielone od swojej figury przywiązania, będzie się skarżyć – często głośno, czasem cicho, ale jednak intencjonalnie. Domaga się powrotu tej osoby i może walczyć z osobą, która je od niej oddziela. *Wywoływane przez zagrożenie* – gdy świat jest miejscem budzącym strach, lub gdy dziecko postrzega go jako takie, zachowania przywiązaniowe będą wyraźnie widoczne. Dziecko będzie pozostawać blisko osoby, która daje poczucie bezpieczeństwa, a odkrywanie przez nie świata będzie znacznie ograniczone.

*Brak możliwości świadomej kontroli* – wzorzec oddalania się w celu eksploracji i powracania, aby poczuć się bezpiecznie, oraz zakłócenia wywoływane przez lęk i inne silne emocje mają charakter uniwersalny. Są to jednak doświadczenia, które u większości ludzi przez większość czasu funkcjonują poza świadomością. Stanowią one podstawową konfigurację pola, którego pierwotna mapa rozwija się na przestrzeni kilku pierwszych miesięcy życia, a także główne wyznaczniki sposobu, w jaki poznajemy środowisko oraz naszego stylu poszukiwania wsparcia i bycia wspierającym dla samego siebie; to korzenie naszego stylu kontaktu.

*Stalność* – zachowanie przywiązaniowe nie zanika w wyniku habituacji. W idealnym świecie dziecko doświadcza powtarzającej się potrzeby bezpieczeństwa i powraca do figury przywiązania, która udziela mu wsparcia i opieki. Jednak odczuwana potrzeba bycia blisko i bezpiecznym nie słabnie, a przywiązanie w długotrwałych związkach wydaje się tak samo trwałe, jak w nowo powstałych. Ponadto, jeśli nie ma zadowalającej reakcji ze strony figury przywiązania, zachowanie przywiązaniowe i tęsknota za bezpiecznym przywiązaniem słabną bardzo powoli, jeśli w ogóle. Tak naprawdę

dziecko lub osoba dorosła może wtedy nadal bardzo tęsknić za przywiązaniem w ogólnej atmosferze desperacji, w związku z czym powstaje nowy introjekt na temat niemożności zaspokojenia tej potrzeby.

*Niewrażliwość na doświadczenie z figurą przywiązania* – poszukiwanie przez dziecko bezpiecznego przywiązania utrzymuje się mimo nadużyć i zaniedbań. Może występować intensywna ambiwalencja w odniesieniu do figury przywiązania, i mogą pojawić się związane z tym uczucie gniewu lub uświadomienie sobie mającego miejsce nadużycia, ale w warunkach zagrożenia dziecko będzie poszukiwać bliskości figury przywiązania, ponieważ nadal niesie ona ze sobą możliwość uzyskania przez dziecko poczucia bezpieczeństwa. Pole to zostało ukształtowane przez wczesne potrzeby oraz doświadczenia dziecka i dramatycznie wolno zmienia się pod wpływem doświadczenia. Prace Bowlby'ego wielokrotnie krytykowano, zwłaszcza z pozycji krytyki

feministycznej. Kwestionowano sposób, w jaki Bowlby skupił się na diadzie matka-dziecko i w konsekwencji sugerował, że to koniecznie brak opieki zapewnianej przez matki prowadzi do słabego przywiązania i późniejszego pogorszenia funkcjonowania psychicznego. Ostatnio stało się jasne, że to niekoniecznie matka jest główną figurą przywiązania dla dziecka; większość

dzieci tworzy sieć kilku relacji z dorosłymi, w których ważne są cechy przywiązania. U różnych dzieci style przywiązania, które przejawiają, mogą być różne w różnych relacjach przywiązania.

### **Przywiązanie w dorosłym życiu**

Teoria przywiązania poszerzyła się o niektóre aspekty relacji w dorosłym życiu, a także o

sposób renegotiacji przywiązania w okresie dojrzewania. Etap „wykorzenia” (McConville, 1995) we wczesnym okresie dorastania oznacza początek redukcji intensywności przywiązania do figur przywiązania z dzieciństwa i poszukiwanie rewizji tych relacji w świecie zewnętrznym. Weiss (w: Murray Parkes, Stevenson-Hinde i Marris, 1991) prezentuje pogląd, że „relacje przywiązania i związki ze społecznością wnoszą zauważalny wkład w budowanie dobrostanu”. Większość dorosłych ma kilka relacji, które są ważną częścią ich poczucia dobrostanu, bycia zrozumianym i rozpoznawanym, bycia bezpiecznym; kiedy badano rozstające się pary, większość z nich wykazywała oznaki utrzymującego się przywiązania. Wydaje się więc prawdopodobne, że modele operacyjne dla tego typu relacji są konstruowane w relacjach przywiązania z dzieciństwa. Według Bowlby’ego (Bowlby 1979, s. 105) „[z]drowo funkcjonująca osoba jest zdolna do wymiany ról, gdy sytuacja ulega zmianie. W jednym momencie zapewnia ona bezpieczną bazę, z której może korzystać przyjaciel lub przyjaciele;

w innym cieszy się, że może polegać na którymś ze swoich przyjaciół, aby w odpowiedzi zapewnili mu właśnie taką bazę”. Podkreśla również, że ze względu na nacisk na niezależność „wynikająca z wartości kultury zachodniej potrzeba posiadania bezpiecznej bazy przez dorosłych często jest niedostrzegana, a nawet jej znaczenie bywa pomniejszane”. (Bowlby 1979, s. 104).

### **Czym przywiązanie nie jest?**

Relacja przywiązania *nie jest* relacją wzajemną w tym sensie, że nie ma równości w naturze ról. Jedna osoba jest figurą przywiązania, która najlepiej funkcjonuje jako bezpieczna baza dla drugiej. Druga poszukuje bezpieczeństwa w bliskości i z bezpiecznej pozycji jest w stanie eksplorować swoje środowisko. Jak mówi Mary Main (1996), „[r]elacja przywiązania jest asymetrycznym związkiem, w którym jedna osoba szuka, a druga, miejmy nadzieję, zapewnia. Nie jest to relacja wzajemnej regulacji emocjonalnej”.

Relacje przywiązania *nie są* relacjami, w których użyteczne są pojęcia zależności i niezależności. Zastępują je pojęcia zaufania, polegania i samowystarczalności. Uważam, że teoria przywiązania wspiera ideę zdrowego związku funkcjonującego dobrze na granicy kontaktu, a celem samorozwoju jest zdolność zarówno do dawania i otrzymywania wsparcia, jak i do bycia samowystarczalnym.

Przywiązanie *nie oznacza* infantylności jako cechy w relacji. Według Bowlby’ego

(Bowlby 1979, str. 116) „mimowolna separacja i utrata są potencjalnie traumatyczne przez wiele lat niemowlęstwa, dzieciństwa i dorastania, a na odpowiednim poziomie intensywności skłonność do wykazywania zachowań przywiązaniowych jest zdrową cechą i w żadnym sensie nie jest infantylna”. Warto jednak również podkreślić, że relacje przywiązania kształtują się zazwyczaj w pierwszych siedmiu miesiącach życia.

Niemowlęta *nie wykazują* „silnego” ani „słabego” przywiązania. „Silne” być może można przyrównać do bezpiecznego, ale niektóre dzieci, o których mówi się, że są „bardzo przywiązane” do rodziców, kiedy obserwuje się, jak się ich trzymają i mają trudności z oddzieleniem, na przykład przy pójściu do szkoły, są w rzeczywistości pozabezpiecznie przywiązane i wykazują wyraźny lęk separacyjny.

### **Style przywiązania w dzieciństwie**

Stwierdzono, że zachowania przywiązaniowe u dzieci to wariacje na dany temat. W celu doprecyzowania tych obserwacji opracowano techniki pozwalające rozróżnić odpowiedzi dzieci, które były oddzielane od figury przywiązania. Powstał test wykorzystany już w setkach badań – Procedura Obcej Sytuacji (Ainsworth i Wittig, 1969). Trwa on dwadzieścia minut i zaczyna się od matki i jej jednorocznego dziecka przebywających w pokoju zabaw z obserwatorem. Matka wychodzi na trzy minuty, po czym następuje ponowne spotkanie. Potem dziecko zostaje samo na trzy minuty, po czym następuje kolejne spotkanie. Niezależnie od tego, co można powiedzieć o etycznej stronie tego eksperymentalnego podejścia, wyniki są interesujące. Jako jednostki, w sposób, który jest stabilny w czasie, dzieci dają się przypisać do jednego z czterech stylów przywiązania:

*Bezpieczny.* Te dzieci są zwykle zaniepokojone w czasie separacji. Po powrocie rodzica witają się z nim, otrzymują poczucie komfortu i wracają do zabawy. Do tej kategorii zalicza się ok. 60% dzieci. Zazwyczaj mają rodziców, którzy odpowiednio i konsekwentnie reagują na ich niepokój.

*Lękowo-ambivalentny.* Te dzieci stają się bardzo zdenerwowane, gdy są bez rodzica i nie da się ich uspokoić, gdy rodzic wraca. Można u nich zaobserwować zarówno poszukiwanie kontaktu fizycznego, jak i opór przed nim. Naprzemiennie gniewają się i kurczowo trzymają się rodzica, a większość uwagi poświęcają zachowaniu przywiązaniowemu. Do tej kategorii zaliczyć można ok. 10–15% dzieci, a dorośli, z którymi są obserwowane, mają tendencję do niespójnych reakcji.

*Unikający.* Dzieci te wykazują kilka wyraźnych oznak niepokoju w momencie odseparowania od figury przywiązania. Ignorują one dorosłego towarzyszącego im podczas ponownego spotkania i pozostają czujne. Ich powrót do zabawy jest zahamowany, lecz prezentują wzorzec zwracania większej części uwagi na środowisko i mają trudności z elastycznym przejściem od tego do zwracania uwagi na figurę przywiązania. Około 20% dzieci zalicza się do tej kategorii, a dorosły, który jest ich figurą przywiązania, wydaje się nie reagować na ich potrzeby w zakresie poczucia pewności i bezpieczeństwa.

*Zdezorganizowany.* Ta mała grupa dzieci zazwyczaj pochodzi z rodzin, w których rażąco załamały się relacje opiekuńcze – np. gdy dochodzi do fizycznego znęcania się nad niemowlętami lub małymi dziećmi, albo też wykorzystywania seksualnego; dzieci te mogły też znaleźć się w przerażających sytuacjach w obecności opiekunów, i nie umieją sobie tego wyjaśnić. Wykazują one „zamrożony” styl braku interakcji i czujności. Charakteryzują się zachowaniami stereotypowymi, powtarzalnymi, pozbawionymi pozornego celu, i sprawiają wrażenie, że są zdezorientowane co do świata i wydarzeń. W sytuacjach stresowych w późniejszym okresie życia dzieci te będą bardziej podatne na dysocjację i wynikającą z niej głęboką utratę kontaktu.

### **Style przywiązania w życiu dorosłym**

Style przywiązania badano również retrospektywnie w dorosłym życiu za pomocą ustrukturyzowanego wywiadu – Wywiadu Przywiązania Dorosłych (AAI – The Adult Attachment Interview), który ocenia wewnętrzny świat lub modele operacyjne u dorosłych w odniesieniu do przywiązania (Fonagy i in., 1994). Stwierdzono, że odpowiedzi można przypisać do jednej z czterech kategorii: przywiązanie *bezpieczne-autonomiczne*, przywiązanie *pozabezpieczne wycofane-odłączone*, przywiązanie *pozabezpieczne zaabsorbowane-uwikłane* lub przywiązanie *pozabezpieczne zdezorganizowane-nierozwiązane*.

Osoby należące do grupy *autonomicznej-bezpiecznej* zdają relację z bezpiecznych przywiązań z dzieciństwa i są w stanie opowiedzieć swoją historię w sposób koherentny i wewnętrznie spójny. Umieją doświadczać bolesnych wydarzeń, opanowywać je i przezwyciężać. *Zaabsorbowani-uwikłani* ankietowani przedstawiają opisy, które są niespójne i wydają się być uwikłane w niedokończone kwestie z ich przeszłości, z towarzyszącym wrażeniem, że zmagania toczą się dalej. Grupa *wycofana-odłączona* napotyka na trudności w zdawaniu pełnej relacji o samych sobie. Stwierdzają, że mają niewiele wspomnień z



dzieciństwa i idealizują swoje dzieciństwo za pomocą prostych uwag typu „wszystko było w porządku”. Grupa *zdezorganizowana-nerozwiązana* odnosi się do traumatycznych zdarzeń, z którymi nigdy sobie nie poradzili, takich jak molestowanie w dzieciństwie lub poważne doświadczenia związane z utratą.

Style z odpowiedzi rodziców na AAI mają tendencję do silnej korelacji ze stylami występującymi w Obcej Sytuacji u ich dzieci. Dorośli *autonomicznie-bezpieczni* mają zazwyczaj *bezpiecznie* przywiązane dzieci, rodzice *zaabsorbowani-uwikłani* mają zazwyczaj *lękowo-ambiwalentne* dzieci, a rodzice *wycofani-odłączeni* mają zazwyczaj dzieci *unikające*. Jednakże powyższe kategorie nie powinny być postrzegane jako kategoryczne lub deterministyczne! Jeśli spojrzymy na wszystkie dzieci matek ocenionych jako pozabezpieczne za pomocą wywiadu gdy były w ciąży, 20% ich dzieci będzie bezpiecznie przywiązanych (jednak aż 80% niemowląt matek ocenionych jako bezpieczne na AAI jest oceniane jako bezpieczne w Obcej Sytuacji).

Używając zatem tej konkretnej mapy można wykazać, że istnieją ważne cechy relacji dziecko–rodzic, które mogą być w pewien sposób stałe na przestrzeni pokoleń. Te właściwości tej relacji, które mają związek z przywiązaniem, opisują również w pewien sposób relację psychoterapeutyczną. Chcę teraz przyjrzeć się temu bardziej szczegółowo, w szczególności w odniesieniu do modelu relacji i doświadczenia Gestalt.

### **Style relacji terapeutycznych**

U podstaw rozważań na temat relacji terapeutycznej leży wiedza, że kluczową cechą bezpiecznych relacji jest aktywna wzajemna interakcja (Holmes, 1993). Badając relację między niemowlęciem a opiekunem, Stern posłużył się obrazem „dostrojenia” – aktywnego i wzajemnego procesu, w którym najwcześniejsze mapy pola intersubiektywnego są nakreślane i „wrysowywane”, z intersubiektywną reakcją rodziców jako szablonem do kształtowania i tworzenia odpowiednich doświadczeń intrapsychicznych u dziecka (Stern 1985, s. 207 i nast.). Jak podkreśla Holmes, „bierny kontakt sam w sobie nie sprzyja przywiązaniu” (Holmes 1993, s. 107). Rozważmy aktywność jako cechę relacji, która sprzyja bezpiecznemu przywiązaniu, gdy osoba reprezentująca bezpieczną bazę czynnie wspiera, a druga osoba szuka zarówno bezpieczeństwa, jak i wsparcia w eksploracji. Ta cecha jest częścią opisu relacji terapeutycznej Gestalt, ze szczególnym uwzględnieniem wsparcia środowiskowego i własnego, dialogu terapeutycznego oraz możliwości wzajemnego spotkania w pogłębionym kontakcie.

Nasuwają się zatem pytania co do zadań terapeuty i celów terapii. Czy przywiązanie

oznacza, że jako terapeuci dążymy do dostrojenia się do naszych klientów, a za cel stawiamy sobie intersubiektywną responsywność, aby podjąć pewnego rodzaju „ponowne wychowanie” (*reparenting*)? Czy naszym celem jest pomóc naszym klientom w przejściu od pozabezpiecznego stylu przywiązania do stylu bezpiecznego? Czy też uznajemy powtarzające się u klienta schematy nawiązywania i przerywania relacji, i pracujemy nad uświadomieniem tych schematów? Lynne Jacobs i Steven Tobin (np. Jacobs 1992, Tobin 1990, a także inni) pisali na temat relacji teorii intersubiektywności i psychologii self do teorii i praktyki Gestalt. Sugerowałbym, że teoria przywiązania może uczynić zasadnym pamiętanie o tych koncepcjach podczas pracy jako terapeuta Gestalt, ponieważ dodają one kolorytu obrazowi pola intersubiektywnego (Jacobs 1992, s. 27), które „wspiera rozwój «struktur-self» lub zdolność do samoregulacji”. Nawiązując do Gordona Wheelera (Wheeler 1991 s. 118), widziałbym relacje przywiązania jako jedną ze struktur tła będącą zasadniczym warunkiem tworzenia się figury, i że rodzaj uzyskanej figury jest zależny od rodzaju relacji przywiązania obecnych w historii klienta.

Przydatnym modelem może być postrzeganie zaburzeń przywiązania jako leżących w spektrum lub kontinuum. Jest to kontinuum nasilenia wpływu, jaki mają one na naszą zdolność do tworzenia relacji, na których możemy polegać i które wzmacniają naszą samodzielność. Być może wszyscy jesteśmy w stanie rozpoznać nasz własny ruch w górę i w dół tego spektrum w różnym czasie i w różnych relacjach, a także zakres sposobów, w jaki wyrażamy nasz styl

przywiązania. Pracując z klientami, którzy zasadniczo są zdolni do bezpiecznego przywiązania, możemy aktywnie wspierać ich w rozwijaniu świadomości ich wzorców nawiązywania relacji. W przypadku klientów, którzy prezentują pozabezpieczny styl przywiązania, może to być możliwe, ale powinniśmy przyjąć do wiadomości, że „funkcja rodzicielska” jest zawsze w polu terapeutycznym, a także postępować z większym naciskiem na empatyczne dostrojenie. Następnie możemy przystąpić do pracy nad uświadomieniem sobie stylów przywiązania, jeżeli i kiedy uznamy to za stosowne ze względu na rozwijającą się zdolność klienta do korzystania ze wsparcia i wspierania siebie samego. W przypadku klientów, których wzorce przywiązania są poważnie zaburzone, być może będziemy musieli odłożyć na bok znaczną część naszego bezpośredniego podejścia do świadomości i zaakceptować, że praca polegająca na zapewnieniu bezpiecznej bazy i zajmowaniu się nią w jakikolwiek sposób może okazać się kluczowa przez znaczną część terapii. Sugeruję, że teoria przywiązania wspiera raczej model „zarówno/i” niż „albo/albo” w takim podejściu

terapeutycznym. Teoria przywiązania zakłada, że będzie to musiało być brane pod uwagę w większości relacji terapeutycznych – zwłaszcza w tych, które są długotrwałe lub intensywne jeśli chodzi o poziom zaburzeń i brak dojrzałości psychicznej klienta.

Jeśli postrzegamy bezpieczne przywiązanie jako wytworzenie zdolności do okazywania agresji w środowisku z pozycji bezpieczeństwa i wsparcia własnego, oraz jako rozwój zdrowo funkcjonującej granicy kontaktu, to jako terapeuci musimy zwrócić uwagę na cechy przywiązania w relacji terapeutycznej oraz cele terapii. Z perspektywy dziecka celem rozwojowym może być rozwój na tyle solidnego poczucia self, że możliwe jest różnicowanie i świadomość, a tym samym możliwość kontaktu. Równocześnie może to być cel terapeutyczny. Tak jak dzieci ujawniają swój dominujący styl przywiązania w zabawie, tak samo klienci mogą robić to w terapii, zwłaszcza podczas eksperymentów dotyczących separacji i ponownego spotkania oraz podczas przerw w terapii. Ci, którzy mają za sobą historię ambiwalentnych i unikających stylów przywiązania, mogą odtworzyć powtarzający się wzorzec przerw w kontakcie, które były twórczymi przystosowaniami mającymi na celu utrzymanie tak dobrej relacji przywiązania, jak to tylko było możliwe u danego dziecka w obliczu potrzeb, na które nie udzielono odpowiedzi. Mówiąc ściślej: jak możemy wykorzystać naszą świadomość wzorców przywiązania, aby udoskonalić naszą pracę z klientami, którzy wykazują bezpieczne lub pozabezpieczne przywiązanie?

### **Praca z klientem, którego dominującym doświadczeniem jest bezpieczne przywiązanie**

Pracując z klientem, który ma wczesne doświadczenie bezpiecznego przywiązania, mogę się przekonać, że dość szybko pojawia się poczucie sojuszu terapeutycznego. Opowiadając swoją historię, osoby te będą mówić o sobie w sposób spójny i wyczerpujący – z poczuciem, że przebieg ich życia jest ciągły, bogaty i stosunkowo dobrze im znany.

Ich komunikację cechuje ciągłość, spójność i współpraca. Main (1996) wskazuje, jak analiza językowa dyskursu poszczególnych ludzi na temat ich relacji z rodzicami lub kluczowymi opiekunami jest silnie związana z historią bezpiecznego przywiązania. „Dostrajając się” do nich, mogę doświadczyć względnej łatwości w tworzeniu empatycznej reakcji. Zarówno uczucia pozytywne, jak i negatywne mają większe szanse na wyrażenie w pełni, z poczuciem prawdziwego kontaktu. Bezpieczny styl przywiązania może wyrażać się w łatwości domykania Gestaltów, a także w częstszym doświadczaniu satysfakcji i wycofania się z kontaktu. Eksperymenty będą się pojawiać przy mniejszym wysiłku i planowaniu, i będą przebiegać na widocznie wyższym poziomie ryzyka osobistego niż w przypadku klienta, który

nie ma historii bezpiecznego przywiązania. Takich klientów mogę określić mianem „sympatycznych”, „zaangażowanych”, „kreatywnych” czy „polegających na samych sobie”.

### **Przykład 1: Sally.**

Sally jest kobietą po czterdziestce, matką dwójki nastoletnich dzieci i żoną hydraulika Trevora od osiemnastu lat. Od ośmiu lat mieszkają w swoim obecnym domu. Podczas pierwszego spotkania szybko przyznaje, że jest zaniepokojona spotkaniem i mówi, że nigdy nie spodziewała się, że pójdzie do terapeuty, ale przyjaciel zasugerował, żeby zwróciła się do mnie w celu omówienia kilku niepokojących ją obecnie kwestii. Jest zmartwiona, źle sypia i nie jest zainteresowana domem, na którym wcześniej głównie się koncentrowała. Wygląda na to, że siedzi spokojnie na krześle; jej postawa wygląda komfortowo, oddech jest równy i regularny. W nienaturalny sposób nawiązuje bezpośredni kontakt wzrokowy. Kiedy pytam ją o to, co ją niepokoi, mówi, że jej matka zmarła nagle i niespodziewanie rok temu na wylew krwi do mózgu. Choć czuje, że pogodziła się z poczuciem straty, zamiast optymistycznie patrzeć w przyszłość, czuje się ograniczona i sfrustrowana tym, co postrzega jako swoje perspektywy. Zgadamy się spotykać przez czas nieokreślony, aby zbadać te kwestie.

W miarę postępów współpracy wyłania się pełniejsza historia jej dzieciństwa i słyszę o kontrastowym stylu jej rodziców. Jej matka była bardzo kompetentna w organizowaniu życia rodzinnego i dbaniu o podstawowe potrzeby dzieci. Sally pamięta, jak czuła, że może liczyć na to, że jej mama będzie zawsze pod koniec dnia przy szkolnej bramie i opowiada mi o tym, jak podczas zabawy na zewnątrz domu skaleczyła się w palec potłuczonym szkłem. Matka pocieszała ją i opowiedziała jej historię o mądrej kobiecie, która robiła eliksiry, które leczyły wszystkie bolące rzeczy, kiedy oczyszczała i opatrywała ranę. Ale Sally, młodsza z dwóch córek, nigdy nie czuła od niej prawdziwego ciepła – doświadczała raczej prostej, praktycznej opieki. To do ojca zwracała się po beztrudną zabawę, psikusy czy radość bycia ścisiskaną w jego mocnych objęciach. Miał jednak pracę, przez którą bywał nieobecny w domu przez cały tydzień z rzędu. Obecnie jej siostra mieszka blisko niego, często angażuje się we wspieranie go i regularnie go odwiedza, aby upewnić się, że ma się dobrze, dobrze się odżywia i jest bezpieczny.

Sally reaguje szybko i spontanicznie, przyjmując moje sugestie co do tego, jak moglibyśmy pracować. Wydaje się, że jest gotowa skupić się na swojej obecnej świadomości i odkryć, jak nigdy nie czuła się spełniona, i wyrażać swoje rozczarowanie tym, że jej matka

nigdy nie była dla niej bardziej dostępna emocjonalnie. Jednakże kiedy odpowiada sobie jako matka, wyraża siłę stałej troski, której doświadczyła od swojej matki, poczucie przewidywalności i bezpieczeństwa, niezawodności i obecności. Uświadamia sobie, że sama potrafiła to wyrazić we własnym stylu macierzyństwa, ale także, że teraz, gdy jej matka nie żyje, ponownie poczuła brak łatwej spontaniczności, którą zwykł okazywać jej ojciec. Gdy potrzebuję zrobić kilkutygodniową przerwę w terapii, o czym informuję ją z niewielkim tylko wyprzedzeniem, jest w stanie zastanowić się nad swoim mieszanym doświadczeniem mnie – jako przewidywalnym w moich spotkaniach, dyspozycyjności i stylu, a jednak nagle odchodzącym, tak jak jej ojciec zwykł robić, gdy była młoda.

Po moim powrocie szybko mówi mi, że czuje, że straciła impet, że nie jest pewna, czy potrzebuje przychodzić, że jej mąż był uważny i dobrze słuchał, gdy wyrażała swoją frustrację. Mówi mi to w żywy, iskrzący i odświeżająco konfrontacyjny sposób. Rozważała możliwości podszkolenia się w ogrodnictwie i znalazła kurs odbywający się w niewielkiej odległości od domu. W rzeczywistości, jak zaznaczam, wiele pozytywnych zmian w jej spojrzeniu i odkryć na temat możliwości wsparcia dostępnych w jej obecnych relacjach miało miejsce podczas mojej nieobecności. Pracujemy jeszcze przez kilka kolejnych sesji, aby to utrwalić i wprowadzić więcej spontaniczności do jej świadomości. Następnie terapia dobiega do wzajemnie uzgodnionego końca.

W pracy z nią doświadczyłem jej zasadniczej solidności i zdolności do zdrowej samodzielności w połączeniu z gotowością do zwrócenia się do innych po wsparcie. Sally nie tylko odczuwa rozłąkę jako frustrującą i rozczarowującą, ale jest w stanie dać mi to do zrozumienia, będąc jednocześnie świadomą korzyści, jakie jej to w konsekwencji przyniosło. Jest w stanie opisać swoją matkę w kategoriach obejmujących zarówno pozytyw (,,stała, troskliwa, kompetentna”), jak i negatywy (,,brak prawdziwego ciepła”). Rozważając przeszłość, potrafi pracować w „tu i teraz” i mam poczucie żywego sojuszu terapeutycznego z kimś, kto jest w dużej mierze „na czasie”.

Jako klientka moduluje kontakt w elastyczny sposób i łatwo pozwala na twórczą interakcję między nami, płynnie przechodząc od jej wewnętrznych doświadczeń do środowiska i pozostawiając mi poczucie radosnego i spontanicznego zaangażowania.

**Praca z klientem, którego dominującym doświadczeniem jest pozabezpieczne przywiązanie**

Nie wszyscy nasi klienci przyjdą do nas ze zdolnością do nawiązania relacji, która ma dla nich cechy bezpieczeństwa. Podczas gdy my możemy postępować należycie i zgodnie z umową, respektując granice terapii, dbając o bezpieczeństwo klienta i terapeuty oraz o dobre, profesjonalne wsparcie środowiskowe, niektórzy klienci będą mieli wczesne doświadczenie relacji, w której ich „mapa przywiązania” przewiduje pewne twórcze przystosowania do separacji i straty, subiektywnie postrzeganej lub rzeczywistej. Uważam, że w grupie klientów, którzy nie doświadczyli bezpiecznego przywiązania (i pamiętajmy, że chodzi o około jedną trzecią ogólnej populacji – a możemy przypuszczać, że wśród szukających psychoterapii odsetek ten jest wyższy), warto rozróżniać style przywiązania opisane powyżej. Jest to ważne ze względu na implikacje dla nas jako terapeutów, aby wybrany sposób pracy z klientem i wspierania go oraz sugerowane eksperymenty były użyteczne; taka mapa może pomóc nam osiągnąć „lepsze” wyniki terapeutyczne.

### **A: Styl lękowo-ambiwalentny**

Ludzie, którzy jako niemowlęta wykazywaliby lękowo-ambiwalentny wzorzec przywiązania w Obcej Sytuacji – zarówno protestujący i trzymający się kurczowo, jak i powolni we wznowieniu zabawy – jako dorośli klienci mogą mi się wydawać raczej skrępowani i niezdarni oraz podatni na chroniczną zależność na niskim poziomie (grupa *zaabsorbowani-uwikłani* w AAI). Mimo że mają tendencję do należytego stosowania się do sugestii, mogą wydawać się mniej zdolni do angażowania się w swobodne twórcze myślenie lub eksperymentowanie. Gdy pytam o ich historię, mogą opowiedzieć mi o rodzicach, którzy byli inwazyjni w reagowaniu na ich niepokój, wpadali w panikę lub byli nadmiernie zaangażowani. Jako nastolatki wpasowali się w swoją rodzinę w „stylu podporządkowanym” (*underbounded style*) opisanym przez McConville’a, z zatartymi granicami oddzielającymi i definiującymi poszczególne osoby i wynikającym z tego zamieszaniem dotyczącym „własności i odpowiedzialności za doświadczenie własnego self” (McConville 1995). Wciąż mogą mieć trudności z

odnalezieniem poczucia niezależności od swojej rodziny i byciem odrębną osobą na własnych zasadach. Konfluencja będzie stanowić główną modulację kontaktu ze mną. W miarę jak będą się starali się opowiedzieć mi o tym, wyłoni się wiele znaczących, niekompletnych Gestaltów z przeszłości, a kwestie te mogą ich niepokoić w taki sposób, że trudno będzie mi poczuć energię na granicy kontaktu w chwili obecnej. Być może spotykali się oni z innymi terapeutami i nabrali żargonowego języka, którym opisują swoje „problemy” i próby

zmierzające do ich rozwiązania. Opowiadają mi bardzo długo o zawiłościach swoich relacji z opiekunami, a w tym opowiadaniu terażniejszość często zlewa się z przeszłością. Czy opowiadają mi o frustracji, jaką odczuwali w obecności swojej matki w ostatni weekend, czy też chodzi o czas, kiedy byli małym dzieckiem?

Pomiędzy sesjami lub, co wydaje się bardziej oczywiste, w czasie przerwy w terapii, mogą oni ponownie doświadczyć poczucia bycia opuszczonymi, a następnie „niedożywionymi” (*under-nourished*) po moim powrocie, a ja doświadczę ich jako trzymających się kurczowo – być może wykonają dodatkowe telefony do mnie pomiędzy sesjami. Jakiś przedmiot lub list przypominający im o ciągłości naszej relacji może być czasami konieczny. Pytania, które muszę sobie zadać, to: „Czy jestem nadmiernie zaangażowany w relację z tym klientem? Czy mam chęć «uciec» od niego w sposób, który wydawałby się mu nieprzewidywalny? Czy mam poczucie poruszania się do i od niego, zbliżania się i oddalania, tam i z powrotem, gdy z nim jestem”?

## **B: Styl unikający**

Gdy spotykam osoby, które jako dziecko miały unikający styl przywiązania, mogą one mieć trudności z opowiedzeniem swojej historii z powodu braku spójności i ograniczonego poczucia ciągłości swojej osobistej historii (grupa *wycofana-odłączona* w AAI). Ich historia może być krótka, pozostawiająca mnie z poczuciem „niezarejestrowanych” lat, zagadek, luk i brakujących danych, a czasami mogę czuć się zdezorientowany co do szczegółów i zdać sobie sprawę, że historia się zmieniła. Mogą mi jednak opowiedzieć o rodzicach, którzy nie zauważali ich niepokoju ani nie reagowali na niego, a jednocześnie z trudem usiłują znaleźć przykłady, by uszczegółwić swoje życie i swoją historię. Wydaje się, że uczucie, którego początkowo mogłem się spodziewać jako związanego z tą historią, jest głęboko pogrzebane lub nieobecne. Ich styl przerywania kontaktu może być w rzeczywistości głębokim odczuciem znieczulenia i retrofleksji, szczególnie złości i agresji, albo też ich protest może być projektowany na innych, doświadczanych jako złych, protestujących lub agresywnych. Głębokość ich retrofleksji może wyrażać się w aktach autodestrukcji, na przykład w powierzchownym ranieniu się.

Być może dobrze wywiązują się z naszego kontraktu dotyczącego uczęszczania na spotkania, ale gdy mnie nie ma lub gdy następuje przerwa w terapii, niewiele się do tego odnoszą i nie mają w związku z tym silniejszych uczuć. „Trzymają wszystko w sobie” i wydają się „trudno dostępni”. Kiedy zastanawiam się nad ich wsparciem środowiskowym w

zakresie relacji poza terapią, mogą mi powiedzieć, że mają niewielu przyjaciół, a nawet że nie czują potrzeby przyjaźni i wolą własne towarzystwo. W rzeczywistości w izolacji trudno jest im zachować odrębność, a jako nastolatki mogli mieć „przekroczony” styl w rozumieniu McConville’a (McConville 1995, str. 105), przyjmując spolaryzowaną pozycję separacji i buntu w celu podjęcia próby różnicowania się, które jest dla nich trudne. Mogą być, co zrozumiałe, ostrożni w „próbowaniu nowego” i potrzebować dużo wsparcia, aby przejść do działania i eksperymentowania, a także być „czujnymi” i ostrożnymi w obliczu potencjalnej utraty poczucia bezpieczeństwa.

### **Przykład 2: Ian.**

Ian jest dwudziestokilkuletnim mężczyzną, który przychodzi do mnie, idąc za sugestią swojego lekarza pierwszego kontaktu. Mówi, że kilka razy w tygodniu, kiedy jest w miejscu publicznym, odczuwa coraz większe napięcie wokół klatki piersiowej i strach. Wchodzi w głąb jakiegoś sklepu i znajduje miejsce, gdzie może być sam. Zazwyczaj strach ustępuje i jest w stanie funkcjonować dalej, ale pewnego razu, gdy sklepy były zamknięte, jego uczucie strachu nasiliło się i musiał poprosić przechodnia o pomoc. Wezwano karetkę i zabrano go na oddział ratunkowy miejscowego szpitala, gdzie został przebadany i upewniony, że jest zdrowy fizycznie. Stuka palcami w usta, gdy mówi, i rzuca szybkimi spojrzeniami po całym pokoju. Palce jego prawej ręki są mocno zabarwione nikotyną, z wyblakłymi tatuażami z literami M U-M (mama). Mówi mi, że jest obecnie w separacji z partnerką, Sarah, z którą ma trzyletniego syna Daniela. Sarah chciała mieć drugie dziecko, ale on nie mógł sprostać dodatkowym wymaganiom, a z powodu poważnych nieporozumień postanowił na razie odejść. Od czasu separacji zaczęły się epizody strachu.

Pytam o jego rodzinę. Wzrusza ramionami i mówi, że nie widuje ich zbyt często, choć mieszkają w tym samym mieście. Mówi mi, że jako dziecko „dobrze się bawił”; jego ojciec był „twardy, ale sprawiedliwy”, a matka była „wszystkim, czego dziecko mogło zapragnąć”. Innym razem sugeruje, że mogą mu pomóc „takie tabletki, które moja matka brała na uspokojenie po tym, jak się załamała psychicznie”. Mówi też, że opuścił dom w wieku szesnastu lat, „żeby się od nich uwolnić”. Rzadko odwołuje się do innych ludzi w swoim życiu, chyba że zapytam bezpośrednio, a bez względu na to, jak pytam, pozostaję z obrazem Iana jako nieuchwytnego.

To tak, jakby był w kamuflażu na tle, które jest nieostre, z kilkoma wyraźnymi punktami



odniesienia. Doświadczam trudności w byciu w pełni obecnym, stając się niewyraźnym i nieco konfluentnym z nim. Ustalenie konkretnego *modus operandi* dla wspólnej pracy terapeutycznej nigdy nie jest jednoznaczne, a on nadal definiuje cel jako „pozbycie się strachu”.

Jest bardzo ostrożny i zwraca uwagę na każdy swój gest; wydaje się, że chce uzyskać bezpośrednio wskazówki i szybkie rozwiązanie dla swoich problemów (objawów). Kiedy zwracam mu uwagę na gest, który wykonuje palcami, mówi: „przepraszam” i natychmiast przestaje. Potrzeba wielu sesji łagodnej pracy, aby zawiązać terapeutyczny sojusz, zanim będziemy mogli rozmawiać o jego wzorcach oddechowych w trakcie sesji i zacząć odkrywać, jak są one związane z jego uczuciem lęku. Czasami mówi mi, że jego doświadczenia i nasze dyskusje na ich temat „nie mają większego sensu”. Bywa, że odczuwam frustrację w związku z tempem pracy, a kiedy próbuję znaleźć sposób, aby mu o tym powiedzieć, szybko odbiera to jako krytykę pod jego adresem.

Podczas jedno- lub dwutygodniowych przerw w terapii odkrywa, że miewa kilka ataków „strachu”. Kilka razy opuszcza sesję, nie zostawiając żadnej wiadomości i mówiąc podczas następnej, że „coś tam mu wypadło” i że był zajęty. W końcu mówi mi, że postanowił spróbować pogodzić się z Sarah, a ponieważ jego objawy są mniej niepokojące, przestanie do mnie przychodzić. Pozostaje mi silne wrażenie niekompletności naszej pracy i poczucie, że tak naprawdę nigdy go nie poznałem.

Zastanawiając się nad tym wszystkim, ponownie dostrzegam ubóstwo jego opowieści, luki, sprzeczne wypowiedzi i sposób, w jaki powierzchownie idealizuje swoje doświadczenia. Nie mam żadnego obrazu tego, jak jego rodzice odpowiadali lub nie na jego emocjonalne potrzeby, a on nie przedstawia ani przeszłości, ani swojej obecnej sytuacji z żadnym silnym uczuciem. Zdaje się zaprzeczać, że przerwy w terapii w ogóle się zdarzają, ale po tym, jak mnie nie było, zdaje się kierować swoją uwagę na zewnątrz, być „zajęty”, kiedy mamy się spotkać. Nawet w trakcie sesji uważnie obserwuje otoczenie, wydaje się być ostrożny i niepewny. Staram się starannie stopniować eksperymenty, ale nawet to, co uważam za mało ryzykowną uwagę skierowaną na doznania, wydaje się być dla niego zbyt niewygodne. Jako „opiekun” nie zarejestrowałem tak naprawdę jego niepokojów – w jakiś sposób powstrzymałem jego oddziaływanie na mnie. Bycie w pełni zestrojonym i praktykowanie inkluzji, było dla mnie trudne z tym klientem. Z perspektywy czasu zastanawiam się, jakie było jego doświadczenie, jak mógł czuć się odrzucony przeze mnie – i żałuję, że nie znalazłem słów, by

wyrazić to w sposób, którego mógłby doświadczyć jako wspierający.

### **C: Styl zdeorganizowany**

Osoby, które doświadczyły zdeorganizowanych, nieprzewidywalnych, pomieszanych relacji przywiązania, lub nawet nadużyć/wykorzystywania w tych relacjach, mogą być trudne w nawiązywaniu relacji, wyrażać niewiele pozytywnych uczuć, mieć trudności z dzieleniem się za pomocą emocjonalnego języka i pozostawiać terapeutę w poczuciu, że granice są trudne do utrzymania i że istnieje rodzący się lub rzeczywisty chaos lub ryzyko – zarówno dla klienta, jak i dla niego samego. Chociaż u niektórych mogą istnieć zdrowsze relacje przywiązania, które łagodzą niektóre szkodliwe konsekwencje mniej niż wystarczającej opieki we wczesnym dzieciństwie, u innych suma wczesnych doświadczeń skutkować będzie ogromnymi

potrzebami w relacji terapeutycznej. Omówienie opcji terapeutycznych, dylematów i możliwości w takiej sytuacji mogłoby być przedmiotem osobnego artykułu. Wiele z tych zagadnień zostało przedstawionych z dużą klarownością przez Yontefa (1993) w rozdziale *Treating people with character disorders*; wydaje się, że twórcze przystosowania, których jednostki dokonują w obliczu rażąco niewystarczającego zaspokojenia ich potrzeb przywiązania, prowadzą do powstawania sposobów funkcjonowania, które można określić jako „borderline”.

### **Dalsze implikacje dla terapeuty**

Ważne dla mnie jako terapeuty jest uświadomienie sobie własnego dominującego stylu przywiązania, co jest oczywistą konsekwencją tego sposobu postrzegania relacji terapeutycznej. Jakie są moje własne reakcje na rozstania i straty? Na ile spójnie mogę opowiedzieć swoją własną historię? Gdzie są obecnie zaspokajane moje potrzeby związane z przywiązaniem i jak mogę wspierać sam siebie w tym względzie?

Możemy rozpoznać wszystkie opisane przeze mnie cechy w nas samych w różnych okresach naszego życia – tak samo jak mogliśmy dokonać diagnozy DSM-IV większości zaburzeń osobowości u nas samych, kiedy czytamy podręcznik diagnostyczny! Sugeruję, że może to odzwierciedlać nasze różne przywiązanie do różnych opiekunów i dlatego musimy zwracać na to szczególną uwagę w naszej własnej terapii i szkoleniach, aby zmaksymalizować potencjał relacji terapeutycznych, które tworzymy z naszymi klientami. Jednocześnie musimy rozpoznać, w jaki sposób przywiązujemy się do naszych klientów. Uważam, że powszechnie

uznaje się, że podejmujemy się pracy jako terapeuci po części po to, by wspierać nasz własny rozwój i leczyć nasze własne zranienia. Z mojego doświadczenia wynika, że choć mogę wyjść z „ognia pracy” z osobą z zaburzeniami osobowości jako osoba bardziej zintegrowana, to jednak moja zdolność do eksperymentowania z nowym i do zabawy objawia się w pierwszej kolejności w pracy z klientami takimi jak Sally, którzy są na tyle pewni siebie i stabilni, że mogę na nich polegać, że wezmą za siebie odpowiedzialność. Stanowią oni bezpieczną bazę dla mnie jako terapeuty.

Gdy mówimy o wsparciu, jednym z aspektów, który musimy wziąć pod uwagę, jest możliwość doświadczania przez klienta miejsca i nas samych jako bezpiecznej bazy, a także relacji terapeutycznej jako mającej za cel między innymi zaspokojenie jego potrzeb związanych z przywiązaniem. Uważam, że możemy pracować nad tym, aby nasi klienci mogli doświadczać siebie i swoich obecnych relacji jako bezpiecznej bazy, a ich poszukiwania mogą odbywać się ze świadomością, że mają swoje własne bezpieczne schronienie, do którego mogą powrócić, gdy przekroczą znane im granice i oczekiwania. Klient może być wówczas dla siebie samego zasobem przywiązania, z którego i z którym może poszerzać swoje doświadczenie w kontaktach ze światem. Musimy również pamiętać o prewerbalnej naturze doświadczeń, które konfigurują te aspekty pola, i zrozumieć wynikające z nich zmagania, jakie klienci mogą w sobie toczyć, gdy próbują wyrazić swoją potrzebę czucia się bezpiecznie i pewnie lub zakomunikować cierpienie – zarówno przeszłe, jak i obecne, które jest wynikiem niezaspokojonych potrzeb związanych z przywiązaniem.

## **Podsumowanie**

Nasza świadomość jako terapeutów musi obejmować możliwość bycia wciągniętymi w taniec powtarzania wczesnych relacji przywiązania, w którym bierzemy udział jako figura przywiązania. Podczas gdy klient odtwarza znany mu wzorzec modulacji kontaktu, ukształtowany, gdy był niemowlęciem jako twórcze przystosowanie się do stylów opiekunów, my, terapeuci, podejmujemy się roli opiekuna. Jako terapeuci Gestalt możemy to zauważyć szczególnie w obszarze charakterystycznych modulacji kontaktu, stylów wsparcia własnego oraz różnic w kreatywności i zdolności do eksperymentowania. Możemy wtedy postępować w sposób, który może być dla nas stosunkowo nieznanym, ale znajomym dla naszych klientów. Nie jest to oczywiście nieuchronne, ale przywiązanie jest wszechobecne, stanowi jedną z najważniejszych wartości w życiu, a jego mapa powinna znaleźć się w naszym plecaku

umiejętności, zasobów i wiedzy, gdy wyruszamy na wyprawę w krajobraz psychoterapii. Rzecz jasna, pojawią się potrzeby wykraczające poza przywiązanie, a także inne możliwe cele, a dla tych potrzebujemy innych map.

### **Bibliografia**

- Ainsworth, M. and Wittig, B. (1969). Attachment and the exploratory behaviour of one-year olds in a strange situation. In: Foss, B.M. (Ed.). *Determinants of Infant Behaviour*, 4, pp. 113–136. Methuen, London.
- Bowlby, J. (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. Routledge, London.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A. and Target, M. (1994). The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, pp. 231–257.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and Attachment Theory*. Routledge, London.
- Jacobs, L. (1992). Insights from psychoanalytic self-psychology and intersubjectivity theory for Gestalt therapists. *The Gestalt Journal*, 15(2), pp. 25–60.
- Main, M. (1996). The Emmanuel Miller Lecture. Association of Child Psychologists and Psychiatrists. In press.
- McConville, M. (1995). *Adolescence: Psychotherapy and The Emergent Self*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Murray Parkes, C., Stevenson-Hinde, J. and Marris, P. (1991). *Attachment Across the Life Cycle*. Routledge, London.
- Spitz, R. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, pp. 53–74.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, pp. 313–342.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. Basic Books, New York.
- Tobin, S. (1990). Self psychology as a bridge between existential-humanistic psychology and psychoanalysis. *Journal of Humanistic Psychology*, 30, pp. 14–63.
- Wheeler, G. (1991). *Gestalt Reconsidered: A New Approach to Contact and Resistance*. Gardner Press Inc., New York.
- Yontef, G. (1993). *Awareness, Dialogue and Process*. Gestalt Journal Press, New York.

Neil: Harris MA, MB, ChB, MRCPsych, is a consultant child and adolescent psychiatrist with a National Health Service Trust, and in advanced training with the Gestalt Psychotherapy Training Institute. He has been a member of the Gestalt South West advanced training group and of Gestalt Wessex, a group of therapists and trainees in the south of England, He also has a private practice.