

ZNACZENIE WIĘZI W KONTEKŚCIE ROZWOJU BIOPSYCHOSPOŁECZNEGO CZŁOWIEKA

Anna PIEKACZ¹, Justyna TREPKA-STAROSTA^{2*}

¹ Uniwersytet Śląski, Katowice; aniapiekacz@wp.pl

² Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa, Poznań; pstar@mp.pl

* Korespondencja: eaniapiekacz@wp.pl; Tel.: +48-509-281-727

Streszczenie: W wielu opracowaniach naukowych jako znaczący czynnik ochronny przed występowaniem problemów społecznych, wskazuje się prawidłowe więzi społeczne. Dojrzałe zachowania społeczne będące fundamentem związku jednostki z grupą/ zbiorowością są mocno zakorzenione w historii rozwoju relacji przywiązania. W sytuacji gdy zaburzona jest relacja przywiązaniowa we wczesnym dzieciństwie dochodzi do trwałych zmian w rozwoju psychicznym jednostki. U osób z traumą relacyjną występują poważne trudności z regulacją i modulacją pierwotnych emocji, takich jak strach i wściekłość. Część tych symptomów stanowią również tendencje do zachowań impulsywnych (Liotti, Farina, 2016). Tak rozumiana trauma zaburza lub całkowicie uniemożliwia zdolność budowania relacji społecznych. Współczesna wiedza o człowieku skłania do holistycznego rozumienia wzajemnych powiązań między ciałem a umysłem. Dzięki neuronaukom wiadomo, że pewne struktury mózgu, czy szlaki nerwowe nie są w stanie się prawidłowo rozwinąć czy dojrzeć bez bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem. Struktury mózgu regulujące reakcje przywiązaniowe nie dojrzewają samoistnie – do ich rozwoju potrzebny jest kontakt z drugim człowiekiem. Człowiek jest jednością biopsychospołeczną, a więc wszelkie doświadczenia społeczne mają wpływ na stan biochemiczny organizmu i przekładają się na jego reakcje behawioralne. Celem artykułu jest przedstawienie aktualnych doniesień naukowych z obszaru badań nad więziami w pojęciu biopsychospołecznym. Poprzez zestawienie różnych koncepcji wskazanie na potrzebę uwzględniania rozwoju relacji przywiązania w profilaktyce problemów społecznych.

Słowa kluczowe: przywiązanie, rozwój społeczny, trauma rozwojowa, teoria poliwagalna, Neuroafektywny Model Relacyjny (NARM).

THE IMPORTANCE OF ATTACHMENT IN THE CONTEXT OF THE HUMAN BIOPSYCHOSOCIAL DEVELOPMENT

Abstract: In many scientific studies, social bonds are indicated as a significant protective factor against the occurrence of social problems. Mature social behaviors that are the foundation of the individual's relationship with the group / collectivity are deeply rooted in the history of the development of attachment relations in the early stages of human life. In a situation where an attachment relationship is disturbed in early childhood permanent changes in the psychological development occur. People with relational trauma have serious difficulties regulating and modulating their original emotions, such as fear and rage. Some of these symptoms also constitute tendencies to impulsive behaviors (Liotti, Farina, 2016). Trauma understood in this way disturbs or completely prevents the ability to build social relations. Contemporary knowledge about a human being leads to a holistic understanding of the mutual connections between the body and the mind. Thanks to neurosciences, it is known that certain brain structures or nerve pathways are unable to properly develop or mature without close contact with another human being. Brain structures that regulate attachment reactions do not self-ripen – they need contact with another human being to develop them. Man is a biopsychosocial unity, and therefore all social experiences have an impact on the biochemical state of the body and translate into its behavioral responses. The aim of the article is to present current scientific reports from the area of research on ties in the biopsychosocial concept. By comparing different concepts, the need to consider the development of attachment relations in the prevention of social problems.

Keywords: attachment, social development, developmental trauma, Polyvagal Theory, The NeuroAffective Relational Model™.

1. Wprowadzanie

W wielu opracowaniach naukowych jako znaczący czynnik protekcyjny w profilaktyce społecznej (np. problemy takie jak niedostosowanie społeczne, choroby nowotworowe, uzależnienia) wskazuje się prawidłowe więzi społeczne. Dojrzałe zachowania społeczne będące fundamentem związku jednostki z grupą/zbiorowością są mocno zakorzenione w historii rozwoju relacji przywiązania we wczesnym okresie życia człowieka. Włoski psychiatra, psychoterapeuta Antonio D'Andrea (2010) podkreśla, że w momencie urodzenia się dziecka, poprzez proces filiacji, grupa do której ono przynależy pozwala dziecku na czucie się członkiem zstępnym. Doświadczenie to stanowi bazę, która pozwala dziecku na akceptację siebie poprzez znaczące relacje z postaciami odniesienia, które będą się nim opiekować i zaspakajać jego potrzeby. Jest to baza niezbędna do stworzenia więzi przywiązania koniecznych do harmonijnego rozwoju poznawczego, emocjonalnego i relacyjnego. Z perspektywy psychologicznej zdrowe relacje przywiązaniowe stanowią podstawę rozwoju indywidualnego i społecznego człowieka.

Współczesna wiedza o człowieku skłania do holistycznego rozumienia wzajemnych powiązań między ciałem a umysłem. Dzięki neuronaukom wiadomo, że pewne struktury mózgu, czy szlaki nerwowe nie są w stanie się prawidłowo rozwinąć czy dojrzeć bez bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem. Struktury mózgu regulujące reakcje przywiązaniowe nie dojrzewają samoistnie – do ich rozwoju potrzebny jest kontakt z drugim człowiekiem. Człowiek jest jednością biopsychospołeczną, a więc wszelkie doświadczenia społeczne mają wpływ na stan biochemiczny organizmu i przekładają się na jego reakcje behawioralne.

Bardzo ważne jest aby ta interdyscyplinarna wiedza docierała do świadomości społecznej i stała się fundamentem rozumienia i budowania zdrowych relacji społecznych.

2. Współczesne rozumienie więzi w naukach społecznych

Punktem wyjścia rozumienia znaczenia pojęcia „relacji przywiązaniowych”/„więzi” stanowią podstawowe założenia Teorii Więzi Psychiczej Johna Bowlby’ego (1969). Zgodnie z założeniami teorii i praktyką kliniczną, tworzenie więzi jest biologiczną potrzebą człowieka, jako nieodłączny uwarunkowany ewolucyjnie system motywacyjny zachowania gatunku; więzi tworzą się poprzez zachowania, które wyzwalają/ podtrzymują bliskość z opiekunem; więź jest emocjonalnym łącznikiem między ludźmi; reakcje przywiązaniowe aktywowane są niepewnością, lękiem, poprzez uruchamianie systemu przywołania wsparcia i pomocy. Fundamentem rozwoju prawidłowej, bezpiecznej więzi jest dostrojony do potrzeb niemowlęcia opiekun. Liczne badania wskazują na konsekwencje zaburzeń w obszarze relacji przywiązania we wczesnym dzieciństwie. Niekorzystne doświadczenia do trzeciego roku życia w obszarze relacji przywiązaniowych są doświadczeniami traumatycznymi, urazowymi. Długofalowe efekty tych wczesnych niekorzystnych doświadczeń mogą ujawnić się w starszym dzieciństwie lub w okresie adolescencji w formie zaburzeń emocjonalnych lub zachowań przestępczych, a po wejściu w wiek dojrzały w formie zaburzeń psychicznych (zob. Piotr Marchwicki, 2004). Na bazie trudnych pierwszych doświadczeń może rozwinąć się zespół stresu pourazowego. Zdaniem Alana Schore (2002) istotnym predyktorem zaburzeń posttraumatycznych w okresie dorastania i dorosłości jest przywiązanie zdeorganizowane/ zdeorientowane w dzieciństwie (Schore, 2002). Najogólniej ujmując są to problemy w rozwijaniu dojrzałych form regulacji stosunków z otoczeniem społecznym.

W aktualnej praktyce klinicznej coraz częściej pojawia potrzeba holistycznego ujęcia rozwoju człowieka. W tym ujęciu uwzględnia się wzajemne powiązania między podłożem biologicznym i uwarunkowaniami społecznymi rozwoju. Dla zrozumienia pamięci traumatycznych doświadczeń (także w obszarze relacji przywiązania) kluczowa jest pamięć sensoryczna - ciało „prowadzi rejestr” (van der Kolk, 2018). Traumatyczne zdarzenia zostają

zapamiętane i odsunięte w przeszłość tak samo jak inne doświadczenia życiowe. Cytując Babette Rotshild: *„trauma zakłóca życie swoich ofiar, narzucając się wzrokową, słuchową i/lub somatyczną rzeczywistością (...) bez względu na to, czy trauma jest pamiętana czy nie z trudem przychodzi uświadomienie sobie, że należy do przeszłości i niebezpieczeństwo minęło”* (Rotshild, 2014). Van der Kolk dokonując przeglądu badań dotyczących zaburzeń biologicznych występujących w reakcji na stres urazowy wymienia zmiany dotyczące zakłócenia funkcjonowania mózgu. Efekty neurohormonalne odnoszą się do zmian w poziomie wydzielania neuroprzekaźników noradrenergicznych i serotonergicznych oraz opiatów endogennych. Badania wskazują m.in. na: podwyższony poziom wydzielania katecholamin, hamowanie działania MAO, dysregulację receptorów adrenergicznych, spadek wydzielania serotoniny oraz wzrost wydzielania opiatów przy ekspozycji na bodźce przypominające traumę. Zmiany dotyczące pamięci obejmują amnezje oraz hipermnezje. Skutki neuroanatomiczne obejmują m. in.: spadek efektywności pracy hipokampa (niektóre dane wskazują na zmniejszenie jego objętości); pobudzenie prawej strony ciała migdałowatego podczas wspomnień; pobudzenie obszarów sensorycznych prawej półkuli; spadek aktywacji ośrodka Broca podczas hipermnezji (*flashbacks*); zaznaczoną lateralizację aktywności prawej półkuli podczas aktywacji traumatycznych wspomnień (van der Kolk, et al. 1996).

W rozumieniu reakcji posttraumatycznych nie można pomijać aspektu neurofizjologicznego, gdyż to reakcje somatyczne wytyczają kierunek obserwowanych zachowań. Jednym z przykładów może być zachowanie dziecka, które reagując adekwatnie do wewnętrznych odczuć zostaje wtórnie odrzucone przez pochopnie oceniające otoczenie. Cytując terapeutkę Beverly James: *„w miarę jak u dzieci narastają potrzeby i napięcie zachowują się one negatywnie w sposób wymuszony – zachowanie takie jest odbierane przez otoczenie jako manipulujące i wolicjalne. Ludzie reagują na te dzieci złością, zwracając uwagę jedynie na ich negatywne zachowania. Dzieci natomiast umacniają się w przekonaniu, że nikt nie jest w stanie zaspokoić ich potrzeb i koło się zamyka”* (James, 2003, s.55). Innym przykładem ryzyka błędnej oceny jest brak wiedzy o tym, że u dzieci zwłaszcza w młodszym wieku szkolnym, często w obrazie depresji dominuje niepokój, a nie apatia, objawiający się rozdrażnieniem, rozproszeniem uwagi, ciągłą i nadmierną aktywnością bez przerw na odpoczynek. W wielu przypadkach istnieje ryzyko błędnego rozpoznania ADHD zamiast depresji (Sabaté, 2003).

Na gruncie praktyki istnieje wiele podejść skoncentrowanych na biopsychospołecznym rozumieniu człowieka. Jednym z podejść terapeutycznych uznawanym na świecie od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku jest Neuroafektywny Model Relacji Przywiązania (NARM) Lawrence'a Hellera; (Heller, 2018). W tym ujęciu dobre relacje społeczne są ściśle uwarunkowane poczuciem więzi ze sobą oraz z innymi ludźmi; są uzależnione od znalezienia rozsądnego stanu równowagi między zdolnością obserwowania swoich własnych uczuć i jednocześnie uczuć innych ludzi. Podtrzymywanie relacji wiąże się z monitorowaniem

własnych wewnętrznych impulsów, jak również stanów innych ludzi. Jednostka doświadczająca wewnętrznej organizacji, kontaktu ze sobą oraz z innymi rozwija i tworzy relacje oparte na wzajemności dawania i brania, w poszanowaniu ludzkiej godności. W sytuacji gdy zaburzona jest relacja przywiązaniowa we wczesnym dzieciństwie (w wyniku zaniedbania, przemocy, braku dołności do nawiązywania bliskiej relacji przez opiekuna) dochodzi do trwałych zmian w psychicznym rozwoju. Zaburzenia w procesie tworzenia relacji przywiązaniowych na wczesnym etapie życia są zawinione przez mało responsywne otoczenie (można tu zaliczyć zaniedbanie, przemoc, choroba opiekuna). Brak/niedostatek bliskości rozpatrywany jest w kategoriach wczesnodziecięcej traumy relacyjnej. Mechanizm przebiegu procesów będących efektem nieodpowiedniej opieki nad dzieckiem jest taki sam jak w przypadku doświadczeń traumatycznych - powoduje napięcie w ciele, aktywację układu nerwowego oraz nierównowagę w biochemii ciała. W założeniach NARM wskazuje się, iż małe dziecko – odbiorca opieki – nie może wiedzieć, że osoby z otoczenia reagują nieadekwatnie na jego potrzeby, doświadcza poczucia osobistej porażki, którą przekształca w późniejsze poczucie bezwartościowości, winy, osobistego wstydu. Początkowo w reakcji na niedostrojenie opiekuna w zaspokajaniu potrzeb pojawia się w różnym nasileniu złość i fizjologiczna niemoc. Gdy podstawowe potrzeby są ciągle niezaspokajane dochodzi do rozregulowania układu nerwowego oraz niewłaściwego kontaktu ze sobą – przekonanie, że nie jest się wystarczająco wartościowym aby doświadczać zaspokajania potrzeb prowadzi do rezygnacji z komunikowania oczekiwań. Cytując autora NARM mechanizm wygląda następująco: *Jeśli się ujawnię z tym, co czuję – utracę relację - jeśli się nie ujawnię – utracę siebie*. Małe dziecko jest całkowicie zależne od opiekuna, dlatego rezygnacja z więzi z opiekunem niesie ryzyko śmierci. Więc, to co ulega zatraceniu to rezygnacja z części siebie – swojej autentyczności, szczerości, poczucia prawa do posiadania i komunikowania potrzeb. Rodzi się wówczas naturalna potrzeba stosowania strategii zachowania w różnych sytuacjach społecznych. Strategie nie są intencjonalnym mechanizmem manipulacji, są naturalną odpowiedzią na wczesnodziecięce doświadczenia. Są warunkiem przetrwania w niekorzystnym środowisku. Natomiast jeśli utrzymują się w życiu dorosłym, stwarzają blokadę pełnego rozwoju i poczucia szczęścia. Heller opisał pięć stylów: 1) związany z kontaktem: brak kontaktu z własnym ciałem i emocjami; niezdolność do bycia w kontakcie z innymi (przejawem w zachowaniu może być duma z powodu tego, że nie ma się „prozaicznych” potrzeb); 2) związany z dostrojeniem: trudność w rozpoznawaniu własnych potrzeb na poziomie fizycznym i emocjonalnym, poczucie, że nie zasługuje się na zaspokajanie potrzeb (osoba rezygnuje z własnych potrzeb aby zaspokajać potrzeby innych, równocześnie doświadcza samotności i smutku, że inni nie domyślają się potrzeb tej osoby); 3) związany z zaufaniem: poczucie, że można polegać wyłącznie na sobie, poczucie, że trzeba kontrolować relacje; brak zdolności do zdrowej zależności i współzależności z innymi ludźmi; 4) związany z autonomią: niezdolność stawiania granic, mówienia nie, wyrażania swojego zdania bez poczucia winy, czy strachu, stawianie sobie nadmiernych wymagań,

rezygnacja z niezależności aby nie być odrzuconym; 5) związany z miłością-seksualnością: trudność w łączeniu miłości, bliskich więzi i seksualności, poczucie własnej wartości oparte na wyglądzie i wydajności w działaniu. Podsumowując, „inteligentne style przetrwania” (Heller, 2014) pojawiają się w niewystarczająco dostrojonym środowisku, dziecko odszczepia się od własnych potrzeb aby podtrzymać relację z opiekunem; centralny mechanizm to chronienie relacji przywiązania. Pojawia się identyfikacja oparta na wstydzie (jeżeli nie dostaje czegoś, to znaczy ze mną jest coś nie tak). Adaptacyjne mechanizmy przetrwania nie są złe, ale utrudniają (uniemożliwiają) relacje ze sobą i innymi. Wypracowane style ujawniają się w późniejszych relacjach, dorośli korzystający ze strategii dziecka mają kłopoty ze współpracą, w budowaniu relacji, nie wpisują się w oczekiwania społeczne, ani nie potrafią zaspokajać osobistych potrzeb, ujawniają niezdolność do samoregulacji (oddech, świadomość, dotyk, ruch) i projekcja na świat własnego kontaktu ze sobą. Cytując Edith Eger: „najgorsze jest więzienie, które mamy we własnym umyśle, a klucze do niego znajdują się w naszej kieszeni. Są nimi: chęć wzięcia całkowitej odpowiedzialności za własne życie, chęć podjęcia ryzyka, chęć uwolnienia się od oceniania siebie i odzyskania swojej niewinności, a także pokochanie siebie takimi jakimi, jakimi jesteśmy naprawdę – ludzkimi, niedoskonałymi, z wszystkimi naszymi wadami i zaletami“ (Eger, 2018, s. 371).

Czołowi włoscy psychoterapeuci Liotti i Farina (2016) jednoznacznie wskazują, iż u osób z traumą relacyjną występują w życiu dorosłym poważne trudności z regulacją i modulacją pierwotnych emocji, takich jak strach i wściekłość. Część tych symptomów stanowią również tendencje do zachowań impulsywnych (Liotti, Farina, 2016). A z kolei zachowania impulsywne, agresywne, lękowe leżą u podłoża wielu zachowań wpisanych w problemy społeczne (uzależnienia, rozpad związków, zaburzenia psychiczne).

3. Więzy jako fundament dojrzałości społecznej

Rozwój dziecka odbywa się jedynie w relacji z dorosłymi, którzy opiekują się dzieckiem. Rozwój społeczny definiowany może być jako: „*dokonujący się w wyniku socjalizacji proces rozwoju psychicznego obejmujący dwa uzupełniające się kierunki zmian osobowości społecznej: proces integracji ze społeczeństwem i proces autonomizacji jednostki*” (Szewczuk, 1979). Osoba zdolna do doświadczenia równowagi między zaspokajaniem własnych potrzeb a zdolnością bycia w pozytywnych relacjach z grupą społeczną określana jest jako dojrzała społecznie. Z psychologicznego punktu widzenia dojrzałość społeczna to umiejętność świadomego doświadczenia „tu i teraz”, z ludźmi i z sobą samym; zdolność budowania więzi w oparciu o samoświadomość poprzez znajomość odpowiedzi na pytania o własną tożsamość: kim jestem, czego pragnę, w jaki sposób mogę realizować swoje cele współpracując z innymi, czy w życiu żyję w duchu idei zrównoważonego rozwoju.

Socjalizacja młodzieży w dzisiejszym globalnym świecie przebiega w zupełnie innych warunkach w porównaniu do warunków, w jakich wzrastali dziadkowie współczesnej młodzieży. Jedno pozostaje niezmiennie: człowiek uspołecznia się poprzez interakcje z innymi ludźmi poprzez przyjmowanie wzorów kulturowych, wartości, emocjonalne reakcje na własne doświadczenia społeczne. Rozwijanie zachowań dojrzałych społecznie w rozumieniu prospołecznych wzorów postępowania jest jednym z głównych zadań rozwojowych okresu adolescencji. Dojrzałość można rozumieć jako odpowiedzialność za decyzje, wybory. Zarówno w społeczeństwach indywidualistycznych, jak i kolektywistycznych dojrzałość społeczna jest istotna, choć bardzo różnie pojmowana. Coraz częściej wskazuje się, że współczesne społeczeństwo staje się indywidualistyczne, gdzie jednostka jest autorem swoich celów, wyborów, przejmuje odpowiedzialność za decyzje, korzysta z porad, jest kreatorem swojego otoczenia. Z psychologicznego punktu widzenia, człowiek, który nie doświadczył akceptacji, uznania, bezpiecznej relacji przywiązania nie będzie gotowy do przyjęcia dojrzałej odpowiedzialności za siebie a tym bardziej za innych. Podejmowane czynności mogą być nacechowane lękiem przed utratą poczucia własnej wartości w razie niepowodzenia po podjęciu aktywności, mogą mieć cechy agresywnej rywalizacji, które maskuje poczucie pustki i smutku, unikanie konfrontacji z rozpaczą z powodu braku bliskich więzi.

Odnosząc się do aktualnych potrzeb rozwoju społecznego warto posłużyć się pojęciem „równowaga“. Potrzeba równoważenia między alienacją społeczną a kolektywizmem, postrzeganie człowieka jako całości w otoczeniu bliższym i dalszym. Wartością leżącą u podstaw takiego rozumienia równowagi może być właśnie opisywany konstrukt „bezpiecznego przywiązania“. Człowiek przywiązany bezpiecznie jest wolny od lęku przed eksplorowaniem świata, świadom swojej wartości, zdolny do uruchamiania systemu społecznego zaangażowania w sytuacjach trudnych, współpracujący, zdolny do wybaczenia sobie i innym.

Osoba, która nie miała szansy doświadczyć bezpiecznego przywiązania, w sytuacjach trudnych zamiast zachowań poszukujących wsparcia społecznego uruchamia reakcje lękowe, agresywne co pogłębia alienację, poczucie pustki w kontakcie z ludźmi. Steven Porges w ciekawy sposób przedstawił mechanizm niedojrzałych reakcji na zdarzenia stresowe. Według Porgesa w regulowaniu relacji międzyludzkich fundamentalną rolę pełni układ społecznego zaangażowania – najwyżej rozwinięta forma ludzkiego reagowania. Porges (2003) przedstawił Teorię Poliwalgalną chcąc udowodnić, że rola układu nerwowego nie ogranicza się do fizjologii. Zdaniem autora układ nerwowy człowieka odpowiada ze to, że zachowania społeczne mają podłoże biologiczne. Teoria pochodzi od nazwy nerwu błędnego (ang. *vagus nerve*). Jet to nerw czaszkowy, zbudowany z włókien czuciowych, ruchowych i przywspółczulnych. Unerwia większość układu przywspółczulnego (m.in narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej). Składa się z dwóch części: niezmielinizowanej (grzbietowej) oraz posiadającej osłonki mielinowej (brzusznej). Te dwie

części pełnią odrębne funkcje: niezmielinizowana część odpowiada za najbardziej pierwotne reakcje behawioralne takiej jak zastygnięcie, tzw. *freeze response*, czyli brak aktywności w obliczu zagrożenia, oraz lepiej rozwinięty pod względem ewolucyjnym system odpowiedzialny za reakcje walki-ucieczki (zależny od współczulnego). Trzeci system, zależny od funkcjonowania zmielinizowanych włókien nerwu błędnego to system społecznego zaangażowania. Działanie tego systemu jest istotą ludzkich reakcji na drugą osobę. Jego ośrodki znajdują w korze mózgowej i w pniu mózgu, za pomocą różnych nerwów czaszkowych kontroluje między innymi mięśnie twarzy, ucha czy krtani. Mięśnie twarzy odpowiadają za mimikę – na przykład odwzajemnianie uśmiechu. Ucho środkowe – wydobywa z otoczenia dźwięki charakterystyczne dla głosu ludzkiego. Unerwienie gardła i krtani powoduje powstawanie mowy. To właśnie mimika twarzy, wokalizacja, spojrzenie stanowi system społecznego zaangażowania w różnych sytuacjach społecznych. W sytuacji trudnej, stresującej pierwszą reakcją jest poszukiwanie kontaktu z drugim człowiekiem – a więc uruchamianie systemu społecznego zaangażowania. Jeśli z jakiegoś powodu osoba nie uzyska efektu ukojenia za pomocą systemu społecznego zaangażowania, mózg uaktywnia wcześniejsze systemy – walka – ucieczka lub ostatecznie dysocjacja i wycofanie. Teoria Porges'a ma implikacje kliniczne poparte coraz licześniejszymi badaniami klinicznymi. Dzięki systemowi społecznego zaangażowania człowiek potrafi nawiązywać więzi, utrzymywać relacje. Osoby, u których występują dysfunkcje tego układu nierzadko diagnozowane są jako lękowe, depresyjne, czy prezentujące zaburzenia ze spektrum autyzmu. Najważniejsze implikacje terapeutyczne opierają się na tym, iż tylko zmieniając fizjologię można osiągać zmiany w zachowaniu gdyż fizjologia i psychika są od siebie współzależne (Porges, 2003).

4. Podsumowanie

Różne zagadnienia profilaktyki oscylują wokół podobnych problemów społecznych od wielu lat. Rozważania, badania mające wyjaśnić podłoże motywacji do zachowań dewiacyjnych, lub raczej braku motywacji, czy zdolności do zachowań prospołecznych często prowadzą do podobnych konkluzji: człowiek nieszczęśliwy, zraniony, który nie miał okazji zbudować bliskich więzi w dzieciństwie nie potrafi szanować innych ludzi w życiu dorosłym. Osoba, która w oparciu o bezpieczne przywiązanie do wczesnych opiekunów doświadczyła bezwarunkowej akceptacji, miłości, szacunku jest dużo lepiej przygotowana do życia w społeczności i budowania pozytywnych relacji w oparciu o współpracę. Dlatego warto zadać sobie pytanie o to, od czego zaczyna się profilaktyka problemów społecznych, w co należy inwestować. Nasuwa się wniosek, iż coraz częściej zapominamy o tym, czego potrzebuje człowiek do wzrastania – drugiego bliskiego zyczliwego człowieka. U podłoża tak wielu zachowań destrukcyjnych leży rozpacz, lęk przed porzuceniem, samotnością, brakiem

akceptacji. Rosnące zapotrzebowanie na kontakt z życzliwością, empatią, zrozumieniem w gabinecie psychoterapeuty jasno wskazuje na to, co jest fundamentalną potrzebą człowieka. „Miłość i wolność to dwa wymiary rodzicielskiego zaangażowania więziotwórczego, kształtują rozwój self dziecka od pierwszych chwil po porodzie do dorosłości. W pierwszych chwilach życia miłość jest wszystkim, a wolność to prawo do zaspokajania potrzeb biologicznych i odnajdywania sensu we wszystkim, co się wokół dziecka dzieje (Lessing-Pasternak, 2012).

W warunkach pluralizmu podejść modele neurorozwojowe na czele z Teorią Porgesa mogą stanowić punkt odniesienia w rozumieniu potrzeb człowieka w kontekście rozwoju społecznego. Alliance for Childhood (konsorcjum najlepszych specjalistów ds. Zdrowia psychicznego w Stanach Zjednoczonych) wyraźnie wskazuje na to, iż warunkiem zdrowego, zrównoważonego dzieciństwa (a potem dorosłości) są zdrowe relacje z dorosłymi, silne więzi z troskliwymi opiekunami, okazje do obcowania z naturą, sztuką, możliwością swobodnej zabawy bez używania wysokich technologii. Tak więc w ramach profilaktyki społecznej można by wskazać na niezwykle istotną potrzebę wprowadzania metod rozwijania zdrowych więzi szczególnie w środowiskach, gdzie występuje ryzyko deprivacji kontaktu z życzliwym opiekunem, a więc: na oddziałach szpitalnych, w instytucjach opiekuńczych, Rodzi się także potrzeba badań, z których będą wynikać implikacje praktyczne nad budowaniem więzi u osób z dysfunkcjami mózgu w obszarach odpowiedzialnych za budowanie relacji przywiązania. Takie działania z psychologicznego punktu widzenia są fundamentem rozwoju zdrowego społeczeństwa – profilaktyki wtórnych do zaburzeń przywiązania problemów psychicznych, niedostosowania społecznego.

Bibliografia

1. Bowlby, J. (1969/2007). *Przywiązanie*. Warszawa: PWN.
2. D'Andrea, A. (2010). *Czas oczekiwania. Jak przeżywają oczekiwanie na adopcję: dziecko, para małżeńska, profesjonalści?*. Poznań: Wydawnictwo Wyższa Szkoła Pedagogiki i Administracji im. Mieszka I.
3. Eger, E. (2018). *Wybór. Przetrawać niewyobrażalne i żyć*. Warszawa: Czarna Owca.
4. James, B. (2003). *Leczenie dzieci po urazach psychicznych*. Warszawa: Wydawnictwo PARPA.
5. Laurence, H., LaPierrre, A. (2018). *Leczenie traumy rozwojowej*. Warszawa: Instytut Terapii Psychosomatycznej.
6. Lessing – Pasternak, J. (2012). *Dziecko zbuntowane między miłością a wolnością*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego Bydgoszcz.

7. Liotti, G., Farina, B. (2016): *Traumatyczny rozwój*. Warszawa: Fundacja Przyjaciele Martynki.
8. Marchwicki, P. (2004). *Style przywiązania a postawy rodzicielskie. Doniesienie z badań*. Roczniki Psychologiczne, tom VII, numer 2, s. 81-103.
9. Porges, SW. (2003). *Social engagement and attachment: A phylogenetic perspective. Roots of Mental Illness in Children*, Annals of the New York Academy of Sciences 1008, s. 31-47.
10. Rotshild, B. (2014). *Ciało pamięta. Psychofizjologia traumy i terapia osób po urazie psychicznym*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
11. Sabaté E. (2003). *Adherence – to long term therapies: evidence for action*. WHO Report. Geneva [<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=46671753E026F8D457D9AD42B97EE4BE?sequence=1>].
12. Szewczuk, W. (1979). *Słownik psychologiczny*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
13. Van Der Kolk, B. (2018). *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
14. Van der Kolk, B.A., McFarlane AC, Weisaeth L (red.) (1996). *Traumatic Stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. Nowy Jork: Guilford Press.