




**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

**Suport pentru dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mintală
pentru copii și adolescenți
NT 125/ 30.03.2020**

Activitatea 5

**Creșterea competențelor profesioniștilor din domeniul sănătății
mentale în vederea tratării copiilor tulburări de sănătate mintală –
tulburări pervazive, ADHD, anxietate, depresie, tulburări de
atașament**

Modul Tulburări de atașament

Psih. Marius Rusu

Psih. Andrei Ionel Mocanu



Cuprins

Capitolul 1 Dezvoltarea teoriei atașamentului

- 1.1. Modele interne de funcționare
- 1.2. Neurologia traumei relaționale
- 1.3. Forme ale traumei relaționale – neglijarea și abuzul
 - 1.3.1. Efectele neglijării și abuzului

Capitolul 2 Atașamentul și psihopatologia

- 2.1. Teoria tulburărilor de atașament
- 2.2. Încadrarea tulburărilor de atașament în manualele de diagnostic
 - 2.2.1. Alte clasificări ale tulburărilor de atașament
- 2.3. Diagnostic diferențial
 - 2.3.1. Tulburarea de spectru autist
 - 2.3.2. Tulburarea hiperchinetică cu deficit de atenție și tulburarea bipolară

Capitolul 3 Evaluarea tulburărilor de atașament

- 3.1. Evaluarea comportamentelor
- 3.2. Evaluarea copilului
- 3.3. Evaluarea adultului
- 3.4. Metoda testelor proiective
- 3.5. Determinarea tipurilor de atașament ale persoanelor de referință

Capitolul 4 Psihoterapia tulburărilor de atașament

- 4.1. Considerații generale privind psihoterapia copilului și adolescentului
- 4.2. Psihoterapeutul – baza sigură
- 4.3. Obiectivele intervenției psihoterapeutice – fundamentale, ale părinților, ale specialistului, ale copilului
- 4.4. Prima etapă a procesului terapeutic – analizarea trecutului
 - 4.4.1. Identificarea sensului personal și interpretarea trecutului
 - 4.4.2. Analizarea detaliată a trecutului
 - 4.4.3. Recunoașterea și exprimarea emoțiilor
 - 4.4.4. Identificarea și depășirea mecanismelor de apărare
- 4.5. A doua etapă a procesului terapeutic – revizuirea
 - 4.5.1. Dezvoltarea unui nou stil de gândire



- 4.5.2. Schimbarea și vindecarea emoțională
- 4.5.3. Dezvoltarea unor relații de atașament sigur – încrederea
- 4.5.4. Dezvoltarea abilităților sociale
- 4.5.5. Dezvoltarea abilităților de autoreglare emoțională și control al furiei
- 4.5.6. Metode și tehnici terapeutice

- 4.5.6.1. Strategii pentru a spori sentimentul de siguranță și

încredere

- 4.5.6.2. Regulile din cadrul psihoterapiei

- 4.5.6.3. Metafora copilului interior


- 4.5.6.4. Psihodrama

- 4.6. A treia etapă a procesului terapeutic – Revitalizarea

Bibliografie



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Capitolul 1 Dezvoltarea teoriei atașamentului

- 1.1. Modele interne de funcționare**
- 1.2. Neurologia traumei relaționale**
- 1.3. Forme ale traumei relaționale – neglijarea și abuzul**
 - 1.3.1. Efectele neglijării și abuzului**



Dezvoltarea teoriei atașamentului

Stabilirea unei relații apropiate între mamă și copil a fost privită în diferite moduri de-a lungul istoriei. De exemplu, la începutul secolului al XX-lea recunoscutul pediatru Luther Emmett Holt afirma că ”adulții ar trebui să evite cât mai mult contactul (atingerea afectivă și sărutatul) cu copiii deoarece acest lucru nu este igienic”. Din perspectiva psihologiei dezvoltării, John Watson (părintele psihologiei comportamentale) afirma că îmbrățișatul și relaționarea strânsă cu copilul îi pot afecta negativ sănătatea psihologică, iar consecințele negative se pot observa și numai după câteva zile de interacțiune pozitivă. A ajuns chiar până la a spune că ”dragostea mamei este un instrument periculos”. În această ordine de idei, în perioada 1920 – 1940, autoritățile americane au pus în circulație o serie de broșuri despre îngrijirea copiilor care îndemneau mamele să nu-și ia copiii în brațe între mese. Acest tip de comportament din partea părintelui ar învăța copilul că ”dacă plânge, va obține ce vrea, ceea ce ar fi suficient ca el să devină un copil răsfățat și mofturos, un mic tiran al familiei, ale cărui cereri continue ar transforma-o pe mamă în sclavă” (Robin Harwood et. al, 2010).

O schimbare în ceea ce privește atitudinea față de relația de atașament a copilului a apărut cu studiile efectuate cu animale, studii care au influențat modul în care Bowlby a formulat teoria sa. Konrad Lorenz a descoperit la bobocii de gâscă fenomenul numit ”imprinting”, adică aceștia prezintă tendința de a urma orice obiect sau animal care se află în preajma lor imediat după ce eclozează. De asemenea, Harry Harlow a studiat legătura existentă între mamă și pui în rândul maimuțelor. Mai întâi a descoperit că puii de maimuță care erau crescuți în laborator și erau izolați de alte maimuțe deveneau retrași, nu puteau socializa firesc cu alte maimuțe, manifestând comportamente de agresiune și spaimă. O altă descoperire făcută de Harlow a constat în faptul că atunci când puii de maimuță aveau de ales între o maimuță de sârmă care avea atașat un biberon cu mâncare și o alta ce era acoperită cu câteva bucăți de material dar care nu le oferea mâncare, ei alegeau covârșitor mai mult a doua maimuță deoarece semăna cu blana mamei, chiar dacă nu obțineau mâncare.



După al Doilea Război Mondial, John Bowlby s-a implicat în mai multe studii desfășurate de Organizația Mondială a Sănătății, privitoare la orfanii rămași în urma conflictelor armate precum și în legătură cu impactul spitalizării îndelungate asupra copiilor. El și colegul său John Robertson au observat că deși copiii erau bine îngrijiți (hrană, haine și condiții de trai) sufereau mult datorită lipsei confortului emoțional, a iubirii și a apropierii date de persoana principală de îngrijire. Plecând de la aceste observații precum și de demersurile predecesorilor săi, John Bowlby și-a dezvoltat teoria atașamentului conform căreia formarea unui prim atașament față de principala figură care oferă protecție în primele zile asigură atât supraviețuirea individului cât și perpetuarea speciei. În lucrarea sa ”O bază sigură”, Bowlby prezintă principalele idei în ceea ce privește legătura emoțională a copilului cu principalii îngrijitori din viața sa:

- Atașamentul copiilor față de persoanele care îi îngrijesc are la bază o motivație umană fundamentală. Nu se bazează doar pe satisfacerea nevoilor fizice (ex. hrană). Nevoia de a sta lângă persoanele familiare este o nevoie în sine, este independentă de alte experiențe sau acțiuni și este o parte adaptativă și dezirabilă a interacțiunilor umane. Chiar și la adulți, atașamentul trebuie să ocupe un rol central în viața socială a individului și nu ar trebui considerat o formă de dependență asemănătoare dependenței copiilor mici.
- Comportamentele copilului care au legătură cu interacțiunile sociale (comportamente de angajare în relație) cum ar fi suptul, agățatul, urmărirea și atragerea atenției prin zâmbet sau plâns, toate au legătură cu dezvoltarea atașamentului. De asemenea, toate aceste comportamente sunt moștenite, instinctuale și caracteristice ființei umane. Aceste acțiuni/comportamente reprezintă o dovadă firească a procesului de evoluție deoarece cu ajutorul lor copilul va fi îngrijit și ajutat să supraviețuiască (Bowlby, 2011).
- Anumite acțiuni care reprezintă o parte a atașamentului sunt deja prezente în perioada 0 – 6 luni, dar nu sunt orientate către o persoană anume. Începând cu vârsta de 6 luni copilul începe să se târască și să urmeze adulții, urmând ca imediat după această vârstă comportamentele de atașament să fie manifestate doar către câteva persoane anume.



Din punct de vedere evolutiv, această întârziere reprezintă un avantaj deoarece reușește să protejeze copiii de experiențele traumatice timpurii generate de separare. Dacă atașamentul specific față de anumite persoane ar exista chiar din momentul nașterii, acest lucru ar putea genera multe probleme emoționale pentru copil dată fiind rata ridicată a deceselor ce apăreau în rândul mamelor imediat după naștere. Datorită medicinei moderne rata mortalității în momentul nașterii sau imediat după naștere este destul de mică dar această realitate recentă nu poate ”șterge” caracteristicile care s-au dezvoltat de-a lungul a milenii.

- Anxietatea de separare este indicatorul principal că relația de atașament s-a realizat, iar acest lucru reprezintă un pas normal și dezirabil în dezvoltarea emoțională a copilului. În general, stresul resimțit de copil în urma separării dispare odată cu reunirea cu îngrijitorul principal. Când separarea de figurile de atașament se produce abrupt și durează mult, copilul care are dezvoltat atașamentul față de îngrijitorul principal nu devine doar anxios dar poate experimenta etape predictibile de doliu generat de separare și reorganizare emoțională. Etapele doliului după stabilirea relațiilor de atașament sunt intense și îngrijorătoare pentru adult, dar ele reprezintă o reacție normală și necesară în fața unei separări. Nici anxietatea de separare și nici doliul urmat unei separări majore nu sunt de așteptat mai devreme de vârsta de 6 luni.
- Planul emoțional al atașamentului ca și planul comportamental al atașamentului se dezvoltă odată cu vârsta și prezintă limite atât sus (când sunt extrem de intense) cât și jos (când sunt mai puțin intense).
- Bowlby a sugerat că emoțiile și comportamentele atașamentului au o legătură strânsă cu *tiparele interne de funcționare* în mediul social. Tiparele interne de funcționare reprezintă următorul pas în dezvoltarea atașamentului după ce la început instinctul juca rolul principal. Un tipar intern de funcționare este un set de amintiri, emoții și gânduri care determină așteptările și atitudinile unei persoane și care în mod consecvent modelează comportamentul. Comportamentele de atașament cum ar fi preferința pentru anumite persoane, menținerea proximității sau păstrarea distanței, căutarea



ajutorului din partea acestora și manifestarea unui stres semnificativ în momentul separării sunt determinate de aceste tipare interne de funcționare. Aceste modele se pot schimba odată cu înaintarea în vârstă și cu experiența socială a copilului (Bowlby, 2011).

Nu în ultimul rând, John Bowlby a identificat patru etape în formarea atașamentului la copii:

- *Atașamentul fără discriminare (0 – 3 luni).* În această etapă copilul se orientează către persoanele din jurul său dar fără a face o distincție clară între părinte și alte persoane. Această caracteristică poate fi privită din punct de vedere evoluționist ca o garanție a supraviețuirii. Copilul se va atașa de persoana adultă din proximitate pentru a putea supraviețui, indiferent dacă persoana respectivă este sau nu părintele natural. Totuși, anumite ”micro preferințe” au putut fi observate chiar de la această vârstă. Chiar imediat după naștere, copiii sunt predispuși să le răspundă oamenilor din jur în anumite feluri. Întorc capul și se uită spre locul din care se aud zgomote sau voci. Zâmbesc, gânguresc, întind mâna și se orientează către chipurile persoanelor din jur. Frecvent, se opresc din plâns când aud sau văd că cineva se apropie. Toate aceste abilități sociale sunt înnăscute, iar ele se manifestă în relație cu oricine (Bowlby, 2011).
- *Atașamentul selectiv (3 luni – 7/8 luni).* În această perioadă copiii rămân prietenoși și receptivi față de oamenii pe care îi văd în jur, dar reacțiile lor devin mai intense față de persoanele care au grijă de ei cel mai mult. La această vârstă, copiii acceptă adesea să fie luați în brațe de o persoană străină, însă recunosc clar părinții și vor manifesta o preferință evidentă față de aceștia.
- *Atașamentul evident (7/8 luni – 3 ani).* În această etapă, copiii fac eforturi în mod activ ca să rămână în apropierea fizică a părintelui care îi îngrijește. Ei merg și plâng după mama care pleacă. Pot să o întâmpine cu entuziasm când se întoarce și să o utilizeze drept bază sigură pentru explorarea mediului. Copiii vor manifesta aceste comportamente de atașament evident doar față de persoanele cu care au avut foarte mult contact, în timp ce comportamentul prietenos față de străini se atenuază simțitor.



Persoanele străine sunt tratate cu precauție și pot chiar să le provoace copiilor teamă și să îi facă să plângă.

- *Atașamentul orientat către un scop (începând cu 3-4 ani).* De la această vârstă copiii devin tot mai conștienți de faptul că părinții lor sunt persoane separate, cu scopuri proprii. Pe măsură ce copiii înțeleg mai bine motivațiile și comportamentele adulților, devin tot mai capabili să își modeleze reacțiile și răspunsurile, devenind capabili de relații din ce în ce mai complexe. Această etapă finală marchează începutul relațiilor de atașament mature, care vor dura toată viața. De aici reiese importanța unor relații funcționale care vor funcționa drept model pentru toate relațiile copilului (Bowlby, 2011).

Mary Ainsworth, plecând de la observațiile făcute în cadrul unui studiu realizat în Uganda și mai apoi în SUA, a dezvoltat o procedură experimentală - *Situația Stranie* - care poate face lumină asupra calității legăturii emoționale existentă între copil și mamă. Acest gen de experiment reprezintă standardul până în zilele noastre în ceea ce privește evaluarea calității relației de atașament copil-mamă. Experimentul presupunea o cameră de joacă cu un geam unidirecțional prin care era observată interacțiunea dintre mame și copiii lor cu vârste între 1 și 2 ani. În prima etapă a experimentului mama și copilul sunt introduși în cameră. Mama se așază pe un scaun și îl pune pe copil pe podea, lângă ea. Mamei i se cere să interacționeze cu copilul într-o manieră pasivă, fără să inițieze vreo acțiune anume. În această etapă se urmărește dacă copilul este capabil să-și folosească mama ca bază sigură de la care să plece în explorare mediului. În a doua etapă o persoană străină intră în cameră. Se așază pe un alt scaun și în primul minut stă liniștită. Apoi, în al doilea minut vorbește cu mama și în al treilea încearcă să se joace cu copilul. În această etapă se urmărește modul în care copilul interacționează cu persoana străină. Este prietenos fără discriminare sau este copleșit de frică? Își utilizează mama ca bază de siguranță și manifestă un amestec de precauție și interes? În etapa a treia mama iese din încăperea și copilul rămâne singur cu persoana străină. În această etapă majoritatea copiilor manifestă o oarecare îngrijorare. Unii plâng, alții se uită spre ușă, așteptând ca mama să revină. Această separare într-un loc necunoscut și cu o persoană străină în cameră, le provoacă copiilor un anumit stres ce activează nevoia



copilului de reconfortare de către o figură de atașament. Etapa a patra presupune revenirea mamei în cameră iar persoana străină iese. În această etapă a experimentului se urmărește cum reacționează copilul față de întoarcerea mamei: Este supărat și încearcă să ia contact cu mama? Contactul cu mama îl ajută să se liniștească? Dacă nu este supărat, își întâmpină mama bucuros că s-a întors? În etapa a cincea mama pleacă din nou și copilul rămâne singur. Majoritatea copiilor devin supărați în această etapă. Dacă copilul manifestă un stres semnificativ, etapa este scurtată. Obiectivul acestei etape este să-i provoace copilului și mai mult stres decât în etapa în care a rămas cu persoana străină, astfel încât nevoia sa de contact cu mama să se accentueze. Etapa a șasea implică întoarcerea persoanei străine. Obiectivul etapei fiind observarea modului în care copilul reacționează față de persoana străină atunci când este supărat. Se simte în siguranță în prezența acesteia? Este indiferent față de prezența acestuia? Sau interacționează cu persoana străină? Etapa a șaptea presupune întoarcerea mamei. Acum ne interesează modul cum reacționează copilul față de întoarcerea acesteia. Dacă manifestă un stres crescut, caută contactul cu mama ca să se liniștească? Contactul cu mama îl liniștește sau îl agită și mai mult? Dacă nu manifestă un stres crescut, își întâmpină mama cu entuziasm? (Ainsworth *et al.* 1978)

Fiecare detaliu al reacțiilor participanților a fost observat și înregistrat. Dar cea mai mare atenție a fost acordată reacției pe care a avut-o copilul atunci când s-a reunit cu mama. Întreaga literatură de specialitate sugerează că răspunsul copilului în urma reunitii cu mama oferă o mai bună imagine în ceea ce privește calitatea atașamentului, decât răspunsul copilului la separarea de mamă. Teoria spune că diferitele tipare de comportament din timpul "Situației Stranii" indică diferite moduri în care relația de atașament a fost organizată. Chiar dacă metoda experimentală a fost mult criticată pentru că este stresantă pentru copil, totuși reprezintă un model al interacțiunilor zilnice dintre copil și părinții săi. Mămicile își lasă copiii pentru perioade scurte de timp în diferite situații, adesea cu străini (babysitters).

Un copil al cărui stil de *atașament este sigur* se joacă cu jucăriile, manifestă stres atunci când mama părăsește încăperea, își întrerupe comportamentul de joacă sau de explorare și manifestă comportamente prin care solicită reunirea cu figura de atașament. Când mama se întoarce, copilul este ușor de liniștit și se întoarce la joc sau explorare. Aproximativ jumătate dintre



copiii din cadrul experimentului au avut aceste reacții. Principalele caracteristici ale reacțiilor lor constau în: o mai mare abilitate de a se juca și de a explora mediul înconjurător, încredere și curiozitate; o mai mare abilitate de a exprima stresul generat de separare ca pe ceva firesc și natural; o mai mare abilitate de a fi liniștit de mamă în momentul reîntâlnirii. Se presupune că acei copii care și-au construit un tipar intern de funcționare sigur în cadrul relației de atașament sunt mult mai predispuși să răspundă în acest fel (Ainsworth *et al.* 1978).

Nu toți copiii din experimentul lui Mary Ainsworth s-au comportat în acest mod. Aproximativ un sfert dintre copiii observați în cadrul experimentului au evitat să fie în apropierea mamei și nu au manifestat semne exterioare de stres (plâns, furie, supărare, tristețe etc.) când mama a părăsit încăperea. Atunci când mama revenea în cameră, copiii din această categorie evitau în mod activ contactul cu mama, fiind mult mai interesați de obiectele neînsuflețite decât de relaționare. Acest tip de comportament este interpretat că reprezentând un mecanism de apărare: copilul își ascunde stresul resimțit și evită contactul cu mama prin alegerea obiectelor neînsuflețite și explorarea mediului pentru a putea ține sub control frustrarea generată de nevoia de apropiere. El practic anticipează că această nevoie nu o să fie satisfăcută și/sau va fi satisfăcută necorespunzător și ca atare încearcă să se regleze emoțional singur. Acești copii sunt clasificați ca având un *atașament nesigur-evitant* (Ainsworth *et al.* 1978).

Al treilea grup, aproximativ 10 procente dintre copii, au manifestat o reacție puternică în urma separării de mamă. Când mama s-a întors, ei s-au dus să fie liniștiți dar au manifestat agresivitate crescută sau pasivitate. Nu s-au liniștit ușor, au plâns neconsolabil și nu au mai reușit să revină în modul de explorare a mediului. Acești copii au fost clasificați ca având un atașament *nesigur-ambivalent* sau *ambivalent preocupat/anxios* (Ainsworth *et al.* 1978).

Fiecare tipar este o consecință a modului în care mama și copilul interacționează zilnic. Aceste tipare au fost observate nu numai în mediul experimental ci și în mediul de acasă al copiilor, chiar pentru perioade lungi de timp. Specific, stilul comportamental al mamei este cel mai bun predictor al modului în care copilul va reacționa în cadrul experimentului. Disponibilitatea, sensibilitatea emoțională și capacitatea de conectare a mamei la copil în primul an de viață sunt cei mai buni predictorii ai unui tipar sigur de atașament la vârsta de un an. Atitudinea distantă și



comportamentele de respingere din partea părintelui (în mod particular contactul fizic), predispun copilul la un tipar de atașament evitant. De asemenea, există dovezi clare în ceea ce privește legătura dintre tiparul de atașament ambivalent/anxios al copiilor și părinții care nu sunt consecvenți în îngrijirea copilului și care prezintă tendința de a descuraja autonomia și independența. Ambivalența rezultă din reprezentările (modele interne) contradictorii pe care copilul le are despre figura parentală (părintele nu se comportă consecvent).

După ce Mary Ainsworth a descris cele trei tipare de atașament (sigur, nesigur/evitant, nesigur/ambivalent/anxios), o echipă de cercetători formată din Mary Main, Judith Solomon și Donna Weston, au descoperit un al patrulea tipar pe care l-au denumit **dezorganizat/dezorientat**. Copiii din această categorie manifestă o serie de comportamente care pot fi descrise ca fiind confuze, haotice, bizare etc (Robin Harwood et. al, 2010). Aceste comportamente includ lovirea capului de obiecte, mișcări repetitive și stereotipe, ”încremenire” sau agitație extremă. Într-o primă etapă copiii au tendința de a se apropia de mamă, dar, când aceasta se apropie, evită contactul și manifestă dorința de a scăpa de acesta într-un mod agresiv (lovesc, țipă, împing etc). După această descoperire au început să apară și dovezile care indicau faptul că părinții copiilor cu tipar de atașament dezorganizat, prin stilul lor de parentaj, induceau acestora o frică constantă datorită abuzului repetat. Răspunsul dezorganizat al copilului poate fi astfel privit drept consecința fricii extreme resimțite vis-a-vis de atitudinea inconsecventă și abuzivă a părintelui. Unul din principalele roluri ale părintelui este de a oferi copilului securitate și de a-l ajuta să se regleze emoțional când îi este frică sau simte disconfort. Drama acestor copii constă în faptul că părintele care trebuia să-l ajute să se liniștească și cel care este sursa fricii și a abuzului sunt una și aceeași persoană.

Modelele interne de funcționare

Plecând de la calitatea relației de atașament, copilul își dezvoltă anumite **modele interne de funcționare**. Bowlby afirmă că aceste modele interne sunt mai degrabă niște ”așteptări” ale copilului, modul în care se așteaptă ca mediul să se manifeste în relație cu el, modul în care se



așteaptă ca mama și alte persoane semnificative să se comporte, modul în care se așteaptă ca el să se comporte și modul în care fiecare interacționează cu fiecare în cadrul relațiilor din preajma copilului (Bowlby, 2011). Acest ”set de așteptări” în ceea ce privește relaționarea cu cei din jur are o importanță majoră în ceea ce privește dezvoltarea funcțiilor psihice superioare. Prin intermediul acestor modele interne de funcționare reușește să-și evalueze propria situație și să facă planuri în ceea ce privește relațiile pe care le va avea în viitor cu mediul și cu persoanele din jurul său. Dacă individul nu ar funcționa pe baza acestor ”așteptări”, dezvoltarea superioară ar fi practic imposibilă deoarece creierul s-ar ocupa permanent cu anticiparea și combaterea pericolelor. Practic am fi reduși la o viață psihică minimă, asemenea mamiferelor – căutarea hranei, adăpostului, supraviețuire și înmulțire. Cu alte cuvinte modelele interne de lucru sunt o serie de informații, în mare parte inconștiente, despre sine, despre alții, despre posibilele așteptări în ceea ce privește viitorul, precum și despre modalitățile de adaptare (reglare emoțională) la diferite contexte externe sau interne.

Modele interne	
Informații despre sine	<ul style="list-style-type: none">● Sunt o persoană bună● Sunt vrednic de iubire
Informații despre ceilalți	<ul style="list-style-type: none">● Sunt de încredere● Mă vor ajuta/proteja
Așteptări în ceea ce privește prezentul și viitorul	<ul style="list-style-type: none">● Optimist – Pesimist
Modalități specifice de adaptare	<ul style="list-style-type: none">● Acțiuni mai mult sau mai puțin benefice menite să mențină homeostazia (echilibrul) individului.



Bowlby a propus ca aceste modele interne de funcționare să fie gândite ca niște *reprezentări mentale ale realității* (Bowlby, 2011), așa precum o hartă este reprezentarea unei zone geografice. Asemenea hărților, reprezentările mentale ale realității pot fi mai mult sau mai puțin exacte, mai mult sau mai puțin distorsionate. Aceste elemente care distorsionează harta reprezentării realității sunt datorate interpretărilor subiective ce sunt realizate de fiecare individ asupra aceluiași element din realitatea concretă. Asemenea picturilor care prezintă realitatea aceluiași subiect, însă fiecare aducând o notă personală în ceea ce privește interpretarea și reprezentarea, copiii interpretează activ experiența lor și o reprezintă într-un mod care este mai mult sau mai puțin acurat în mintea lor, în limbajul lor, în desenele lor și în jocurile lor. Lumea externă și lumea internă, subiectivitatea și obiectivitatea se combină. Astfel, există o varietate a așteptărilor în ceea ce privește disponibilitatea figurilor de atașament care se dezvoltă în timpul copilăriei, care este tolerabil de acurată în raport cu ceea ce s-a întâmplat în mod real și care se perpetuează de-a lungul vieții. Conform acestei caracteristici a reprezentărilor mentale de a fi tolerabil de acurate, individul poate interpreta și poate percepe relațiile din prezent prin ochelarii experiențelor trecute. Un model tolerabil de acurat al unei experiențe de atașament din trecut poate fi o reprezentare total nepotrivită pentru o relație din prezent. De exemplu, o persoană care în cadrul relației de atașament din copilărie a experimentat neajutorarea poate suprapune acest model de reprezentare de sine și în cadrul relației pe care o are în prezent cu propriul copil, ceea ce va conduce la afectarea calității relației din prezent. După cum afirma Bowlby, ”în cadrul modelului intern despre sine pe care fiecare și-l construiește în contextul relației de atașament, un loc important îl ocupă cât de acceptat sau neacceptat, cât de ajutorat sau neajutorat s-a perceput pe sine prin ochii persoanelor de atașament”. Asemenea hărților, modelele interne despre sine și despre ceilalți trebuie actualizate continuu pentru a se potrivi terenului relațional din prezent. Experiențele de atașament traumatizante (abuz, abandon sau neglijare) interferează cu capacitatea esențială a individului de a-și ajusta modelele interne vechi la realitatea situațiilor actuale. Acest lucru se datorează rigidității de care dau dovadă modelele interne vechi.

Modelele de lucru interne și toate strategiile cu ajutorul cărora copilul a încercat să-și satisfacă nevoile atașamentului sau a încercat să facă față neglijării și/sau abuzului sunt stocate în



memoria implicit-procedurală nonverbală (Badenoch, 2008). Important de reținut este faptul că informația și strategiile din memoria implicit-procedurală sunt inconștiente și funcționează automat. Cel mai bun exemplu este mersul pe bicicletă. Ar fi imposibil să se scrie un manual care să le explice celor care nu au mers pe bicicletă cum să-și țină echilibrul. Abilitatea de a merge pe bicicletă se învață practic și este stocată automat în memoria procedurală cu efort minim din partea gândirii. Odată cu practica, această abilitate devine ceva natural, inconștient, la fel ca distanța la care ne așezăm când vorbim cu cineva, sau cât de des ne uităm în ochii celui cu care vorbim, sau când atingem persoanele din jurul nostru în timpul interacțiunilor sociale. De asemenea, când și cum ne manifestăm furia, cum reușim să ne calmăm când experimentăm anxietate – ne frecăm mâinile, ne deplasăm prin cameră, ne jucăm cu părul, sau ne îndreptăm către o persoană care ne poate ajuta etc - și multe alte comportamente considerate a fi ”automate” sunt de natură implicit-procedurală. Tocmai această caracteristică implicit-procedurală oferă comportamentelor ”automate” sentimentul de prezență continuă în minte, ca și când nu au fost vreodată învățate. Acest lucru reprezintă un avantaj deoarece, în funcție de importanța lor pentru supraviețuire și adaptare, anumite amintiri procedurale nu vor fi uitate niciodată. De aici și expresia ”Este ca mersul pe bicicletă” folosită atunci când cineva se îndoiește de abilitatea sa de a performa un comportament pe care nu l-a mai practicat demult. Dezavantajele constau în faptul că informațiile stocate în memoria implicit-procedurală sunt foarte greu de modificat și că emoțiile, senzațiile corporale și interpretările date unor percepții/reprezentări prin intermediul modelelor interne, pot influența experiența din prezent (în ceea ce privește reprezentarea și, implicit, modul în care individul acționează). Este ca și cum aceste modele interne se suprapun peste realitatea prezentului, influențând modul în care individul percepe și acționează. Altfel spus, este ca și cum cineva ar purta ochelari cu lentile de culoare roz (Cassidy & Shaver, 2016). Oare ce culoare vor avea lucrurile din jurul lui?

Zonele neuronale în care modelele interne de funcționare sunt stocate sunt: *amigdala* (vezi figura 3), care mai este denumită și centrul memoriei emoționale; *cerebelul* și *ganglionii bazali*, centrul informațiilor stocate prin intermediul condiționării, de exemplu manifestăm anumite reacții fobice la contactul cu un stimul fără însă să ne amintim episodul în care acel stimul



ne-a făcut rău. Totodată, în aceste zone sunt stocate și informațiile motorii pentru anumite activități specifice ce nu necesită atenție concentrată, de exemplu mersul pe bicicletă. Centrii memoriei implicite sunt complet dezvoltate în momentul nașterii, astfel ei pot elabora rezumate ale experiențelor sub forma modelelor interne de lucru. Cu ajutorul acestor modele interne mentale, mintea creează generalizări ale experiențelor repetate, după cum Daniel Siegel sugerează în următorul exemplu: "...dacă un copil se simte reconfortat când mama lui răspunde la semnalele de suferință, el va generaliza experiența, astfel încât prezența mamei lui îi va da senzația de confort și siguranță. La orice suferință viitoare, modelul său mental al relației cu mama se va activa, făcându-l să o caute pentru a-și găsi liniștea. Relațiile noastre de atașament ne afectează modul în care îi vedem pe ceilalți și în care ne vedem pe noi înșine. Prin experiențe repetate cu obiectele atașamentului nostru, mintea noastră creează modele care influențează modul cum îi vedem pe ceilalți și în care ne vedem pe noi înșine. În exemplul de mai sus, copilul o vede pe mama lui ca sursă de siguranță și înțelegere și se vede pe el însuși ca pe cineva capabil să-și influențeze mediul și să-și satisfacă nevoile. Aceste modele creează un filtru care structurează modul în care ne canalizăm percepțiile și ne construim răspunsurile în lume. Cu ajutorul acestor modele ce acționează ca filtre ne dezvoltăm modalități specifice de a vedea și de a fi." (Siegel Daniel, 2013, pg. 37)

Pe de altă parte, **memoria explicită** (este tipul de memorie în care suntem conștienți de faptul că ne amintim ceva din trecut) utilizează principalele mecanisme de codificare și zone neuronale ale memoriei implicite, însă în plus procesează aceste informații cu ajutorul hipocampului (vezi figura 3). Dar, deoarece hipocampul este dezvoltat complet abia în jurul vârstei de un și jumătate, memoria explicită nu este deplin funcțională până în acel moment. Dezvoltarea completă a hipocampului implică faptul că mintea devine capabilă să facă legături între elementele disparate ale memoriei implicite și astfel să formeze o reprezentare contextuală a informațiilor astfel integrate. După al doilea an de viață, dezvoltarea regiunilor prefrontale ale creierului implică apariția percepției de sine și a percepției timpului, semnalând apariția memoriei autobiografice. Înaintea apariției memoriei autobiografice, copilul se află în faza de amnezie infantilă, în care memoria implicită este prezentă, dar memoria explicită autobiografică nu îi este disponibilă



(Siegel & Hartzell, 2014). Până în momentul dezvoltării hipocampului experiențele traumatizante (abuzul, neglijarea, abandonul etc.) sunt ”absorbite” de către memoria implicită și stocate ca atare prin intermediul modelelor interne care, inconștient transmit următorul mesaj: ”Sunt o persoană rea și nevrednică de iubirea celor din jur. Am așteptări pesimiste în ceea ce privește viitorul și voi plânge ca să obțin atenția de care am nevoie”. După dezvoltarea hipocampului, experiențele traumatizante pot bloca procesul de encodare (stocarea informațiilor) de la nivelul acestuia prin faptul că au fost eliberate doze excesive de neurotransmițători și/sau hormoni de stres. Astfel, este posibilă doar procesarea la nivel implicit. Un alt mecanism prin intermediul căruia individul încearcă să depășească experiența traumatizantă este distragerea atenției și concentrarea ei asupra unor aspecte ambientale netraumatizante. Însă, și în acest caz, stocarea informațiilor se va face în mod implicit deoarece pentru codificarea la nivelul memoriei explicite, hipocampul are nevoie de participarea activă a atenției conștiente. Dificultatea cu informațiile stocate implicit în cadrul modelelor interne constă în faptul că individul nu are sentimentul că recuperează ceva aflat în memorie atunci când acestea se manifestă în exterior (emoții, gânduri, acțiuni, atitudini etc). În plus, ”memoria implicită este lipsită de legăturile asociative pe care le alcătuiește hipocampul și care îi permite situarea lor într-un context propice înțelegerii (Siegel, 2019). Rememorările implicite lipsite de procesarea explicită ar putea fi, în cazuri extreme, sursa experiențelor de tip flashback (stări emoționale intense și intruzive experimentate de către persoanele diagnosticate cu stres post-traumatic); în majoritatea cazurilor ele pot fi sursa modelelor mentale rigide care subminează capacitatea...” (Siegel Daniel, 2013, pg. 56) indivizilor de a-și păstra flexibilitatea și de a se adapta eficient contextului real.

Bowlby a fost primul care a observat rigiditatea și calitatea ”autoperpetuantă” a modelelor interne de lucru, adică tendința lor de a dăinui în timp și de a se ”impune” realității contextului. În aceeași ordine de idei Mary Main a evidențiat *stabilitatea modelelor interne* de nesiguranță (Harwood et al., 2010). Ea este de părere că individul va renunța cu greu la regulile care l-au ajutat cândva să supraviețuiască. Aceste modele/reguli care stabilesc ce poate individul să observe, să simtă, să facă, sunt riguros fixate iar încălcarea lor implică contestarea stărilor mentale și a modalităților de a fi care au făcut supraviețuirea emoțională posibilă. Deci, modelele particulare



de atașament (sigur, evitant, ambivalent sau dezorganizat) au tendința, odată cu trecerea timpului, să fie perpetuate în mod activ prin tipare corespunzătoare de conștientizare, experiență afectivă și comportament, inclusiv comportamentul de părinte.

Mary Main a continuat cercetările lui Bowlby în ceea ce privește modelul intern de lucru și a considerat că acesta poate fi dezvăluit de tiparele caracteristice de vorbire, discurs, imaginație și, desigur, comportament. Ea a utilizat un interviu semistrukturat numit *Interviul de Atașament al Adultului (IAA)*, care le cerea părinților din cadrul studiului să-și amintească și să reflecteze asupra istoricului relațiilor lor cu propriii părinți (Howe et al., 1999). Spre deosebire de predecesorii săi, ea și-a concentrat atenția pe modul particular în care părinții foloseau cuvintele, și nu pe cuvintele în sine. Altfel spus, s-a concentrat mai mult pe proces și formă, decât pe conținut. În cadrul studiului său, Main a observat două corelații puternice: prima între comportamentul copilului în situația străină cu figura de atașament semnificativă la 12 luni și structura lumii interne a acelui copil la vârsta de 6 ani; a doua între comportamentul copilului în situația străină și starea mentală cu privire la atașament a părintelui – o corelație intergenerațională. Aceste două corelații demonstrează că tiparele de comportament nonverbal ale copilului pot prezice tiparele reprezentationale ulterioare (de la diferite vârste) precum și tiparele reprezentationale ale părinților. Practic este o dublă influență în ceea ce privește dezvoltarea acestor modele reprezentationale interne: de la copil la părinte și de la părinte la copil. Mai specific, clasificările situației străine pot prezice categoria IAA a părinților, dar și clasificările IAA pot prezice categoria în care va intra copilul în situația străină cu o precizie de 75% (sigur – nesigur) chiar înaintea nașterii copilului. Această legătură poate fi cel mai bine explicată cu ajutorul exemplului oferit chiar de Main: ”Copilul mic nesigur-evitant se întoarce, se îndepărtează și ignoră părintele în situația străină și 5 ani mai târziu se îndepărtează de memento-urile reprezentationale din trecut. În discursul cu copilul părintele se concentrează pe obiecte și activități, pune întrebări retorice și oferă (așa cum face și copilul) puține oportunități pentru preluarea de către interlocutor a discuției sau elaborarea unei teme. În sfârșit, în timpul IAA părintele copilului evitant tinde să susțină că nu este capabil să își amintească evenimente din copilărie și/sau respinge sau devalorizează acele evenimente, considerându-le cu o influență minimă.”(Main M.; Kaplan N.; Cassidy J.; Security in



infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. Monographs of the Society for Research in Child Development; apud David Wallin, 2010).

În urma interviurilor părinții au putut fi clasificați în funcție de patru stiluri de atașament, fiecare corespunzând unui tip de relație de atașament din copilărie:

- **Părinții autonomi** care prezintă o imagine echilibrată și obiectivă asupra copilăriei lor, menționând în cadrul interviului atât experiențe pozitive cât și experiențe negative. Acest stil de atașament al adultului reflectă un atașament securizant în copilăria părintelui și este asociat cu formarea unor relații de atașament securizant cu copiii lor;
- **Părinții dezinteresați** afirmă că le vine greu să își aducă aminte lucruri din copilăria lor și par să nu îi acorde prea multă importanță. Acest stil de atașament al adultului este asociat cu un tip de atașament evitant insecurizant în copilărie;
- **Părinții preocupați** tind să zăbovească asupra experiențelor lor de când erau copii, descriindu-le într-o manieră confuză sau foarte emoționați. Se asociază cu tipul de atașament ambivalent în copilărie;
- **Părinții cu traume nerezolvate** par să fi suferit pierderi emoționale semnificative în copilărie pe care nu le-au rezolvat încă – de exemplu pierderea unui părinte sau abuzul. Se consideră că este un corespondent la vârsta adultă al tipului de atașament dezorganizat în copilărie (Harwood și colab., 2010).

Această clasificare dovedește faptul că **trăsăturile concrete ale diferitelor stiluri de atașament se perpetuează prin intermediul modelelor interne de funcționare** în cadrul relațiilor ulterioare.

Ulterior Main a propus ca aceste modele interne să fie concepute mai degrabă ca niște **procese structurate sau reguli de funcționare** (conștiente și/sau inconștiente) care pot fi legate nu numai de diferențele individuale ale tiparelor comportamentale nonverbale, ci și de tiparele de limbaj și de structurile minții. Totodată, aceste reguli (internalizate în copilăria mică) și care sunt diferite de comunicare interpersonală, se oglindesc și în **tiparele de comunicare a copiilor cu ei înșiși** (Wallin, 2010). Cu alte cuvinte se oglindesc în modul în care copiii se raportează la propriile



lor nevoi, emoții și trăiri interne. Astfel, încrezători în responsivitatea adultului, copiii siguri își pot permite să se racordeze la propriile sentimente și nevoi legate de atașament, ei pot fi conștienți de ele și le pot exprima. Copiii evitanți, deoarece anticipează respingerea și furia mamei/tatălui ca răspuns la exprimarea sentimentelor și nevoilor legate de atașament, nu își pot permite să fie conștienți și de aici rezultă strategia evitantă de a inhiba sau de a minimiza aceste experiențe interne. Copiii ambivalenți, ca răspuns la disponibilitatea imprevizibilă a mamei/tatălui dezvoltă o strategie de amplificare sau maximizare atât a conștientizării, cât și a exprimării sentimentelor și nevoilor legate de atașament pentru a asigura continuarea îngrijirii.

Un alt aspect important descoperit de Main a constat în faptul că regulile încorporate în aceste strategii reprezentative/comportamentale sunt **implementate în mod activ** (Howe et al., 1999). De exemplu copilul evitant nu își uită efectiv mama ci în mod activ el o ignoră și o dojenește, limitându-și atenția doar la jucării, ca și cum ar vrea să-și distragă atenția de la anxietatea provocată de situația străină și de la stresul de a vrea de la mamă atenție și confort pe care știe oricum că nu le va primi. Astfel își activează exagerat sistemul explorator pentru a inhiba sistemul de atașament care nu a avut niciun rezultat concret. În mod asemănător, copilul ambivalent nu este doar preocupat de mamă, ci el caută în mod activ contactul cu aceasta, își limitează strict atenția la ceea ce presupune monitorizarea ei, ignorând complet jucăriile și pare să scaneze mediul interpersonal, fiind extrem de vigilent la cele mai mici semne de amenințare care i-ar putea produce disconfort. Se poate spune că își activează exagerat sistemul de atașament pentru a capta atenția imprevizibilă a mamei și pentru a inhiba explorarea autonomă.

În concluzie, deoarece modelele interne de funcționare sunt procese inconștiente care se dezvoltă involuntar (memorie implicită), începând cu momentul nașterii, și care influențează modul în care individul se percepe pe sine, îi percepe pe ceilalți și se raportează la mediul înconjurător, este imperios ca adulții din viața copilului să depună tot efortul necesar pentru a-l ajuta să dezvolte de-a lungul copilăriei un atașament sigur. Atașamentul sigur fiind, după cum a fost subliniat în capitolele anterioare, garanția unei structuri și a unei biochimii neuronale funcționale, a unor modele interne pozitive, precum și a unor abilități de adaptare și reglare emoțională eficiente și flexibile, după cum vom vedea în capitolul următor.



Neurologia traumei relaționale

Creierul este format din milioane de celule numite neuroni și de celule gliale, celule de suport care hrănesc și susțin neuronii. Neuronii comunică între ei prin intermediul impulsurilor electrice ce trec prin sinapsele neuronale. Neuronii și celulele gliale sunt organizate pe diferite nivele de complexitate plecând de la cele mai simple structuri denumite nuclee și ajungând până la cele mai complexe denumite circuite, regiuni și emisfere.

Dezvoltarea creierului începe înainte de naștere și continuă toată viața. Însă cea mai accelerată perioadă de creștere este înregistrată în prima parte a vieții, în mod special în copilărie și adolescență. În primul an de viață, volumul total al creierului crește cu 101%, iar volumul ariilor subcorticale cu 130%. În special emisfera dreaptă este cea care înregistrează cea mai rapidă dezvoltare începând cu al treilea trimestru de sarcină și terminând cu vârsta de 2 ani (Siegel, 2012).

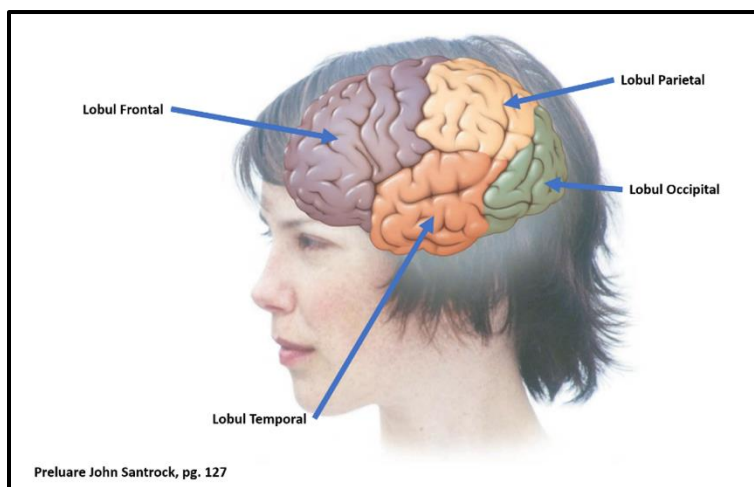
Conform lui Daniel Siegel, emisfera dreaptă este dominantă în ceea ce privește procesarea non-verbală a informațiilor, autoreglare emoțională, procesarea nonverbală a limbajului, înregistrarea și reglarea stărilor corporale și recuperarea amintirilor din memoria autobiografică. Emisfera stângă este responsabilă cu procesarea informațiilor liniare, ce au la bază logica de tipul cauză-efect, precum și a informațiilor ce țin de lingvistică (semantică etc). Astfel, dezvoltarea și înțelegerea experiențelor autobiografice depinde de buna funcționare în tandem a celor două emisfere.

Mielinizarea sistemului limbic, care este direct conectat la emisfera dreaptă, se încheie în primul an și jumătate. Stratul de mielină este cel care face ca impulsurile electrice să capete viteză mare și care ajută la scăderea timpului de care neuronii au nevoie pentru a se reface astfel încât să poată transmite un nou impuls electric. Emisfera dreaptă se dezvoltă înaintea emisferei stângi. Cortexul, sau partea superioară a creierului, care este responsabil cu gândirea umană, se dezvoltă din spate către față, astfel încât zonele frontale nu sunt dezvoltate în totalitate decât în jurul vârstei de 25 de ani.

Studiind neurobiologia interpersonală, Daniel Siegel, descrie dezvoltarea creierului ca fiind atât ”dependentă de experiență” cât și ”în așteptarea experienței”. Modul în care creierului

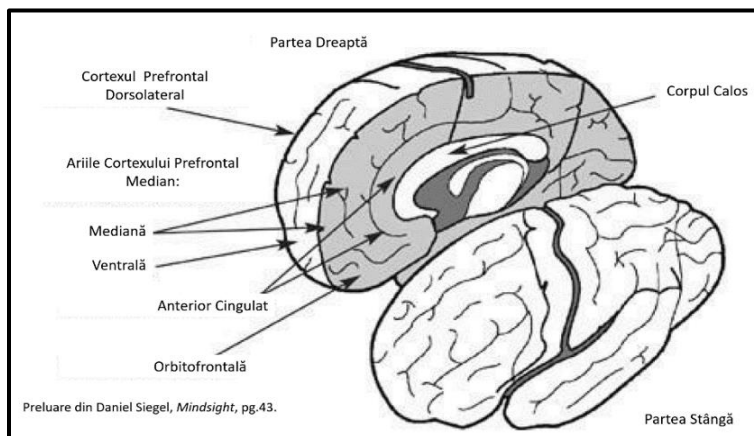
este structurat din punct de vedere genetic îl face să fie pregătit și să răspundă mediului fizic, social și emoțional, ceea ce implică că este ”în așteptarea experienței”. La începutul dezvoltării creierului, experiențele conduc la apariția atât de noi neuroni cât și de noi conexiuni între aceștia. Iar această dezvoltare este direct dependentă de experiență. Odată ce aceste conexiuni au fost realizate, ele necesită experiențe similare pentru a putea fi menținute și pentru a menține neuronii în viață. Dacă acest lucru nu se întâmplă, neuronii sunt eliminați printr-un proces denumit apoptoză. Creierul înregistrează cea mai mare creștere în copilăria mică și cea mai mare apoptoză în adolescență. În aceste perioade creierul este cel mai susceptibil de a fi influențat de experiențele externe (Siegel, 2021).

Omul a evoluat ca ființă socială și ca atare, pentru a putea supraviețui, trebuie să fie capabil să construiască relații complexe bazate pe încredere și grijă. Totodată, trebuie să fie capabil să se protejeze pe sine și să-și protejeze membrii familiei de orice pericol. La începutul dezvoltării sale creierului este expus doar la mediul oferit de persoanele care îngrijesc copilul. În condiții optime, aceste relații timpurii reușesc să structureze un context emoțional ce conduce la creșterea și dezvoltarea creierului astfel încât să fie capabil să se conecteze la persoanele ce-i pot oferi siguranță, să își dezvolte abilitatea de a se autoregla și de a comunica, precum și abilitatea de a face diferența între persoane și contexte ce pot fi sigure sau nesigure.

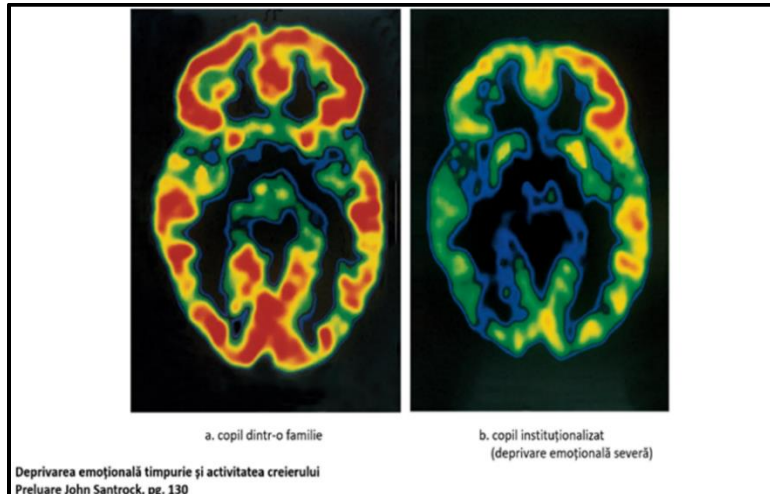


Lobul frontal (vezi imaginea de mai sus), format din cortexul frontal și prefrontal, nu ajunge la maturitatea dezvoltării decât în jurul vârstei de 25 de ani, însă își începe dezvoltarea din

primul an de viață. Răspunde și este dependent de primele experiențe din cadrul relației de atașament. Studiile au demonstrat că aceste zone din creier sunt responsabile cu reglarea emoțională, reglarea nivelului de stres, buna funcționare a funcțiilor executive (gândirea), activarea comportamentelor atașamentului, precum și cu adaptarea la nivel social.

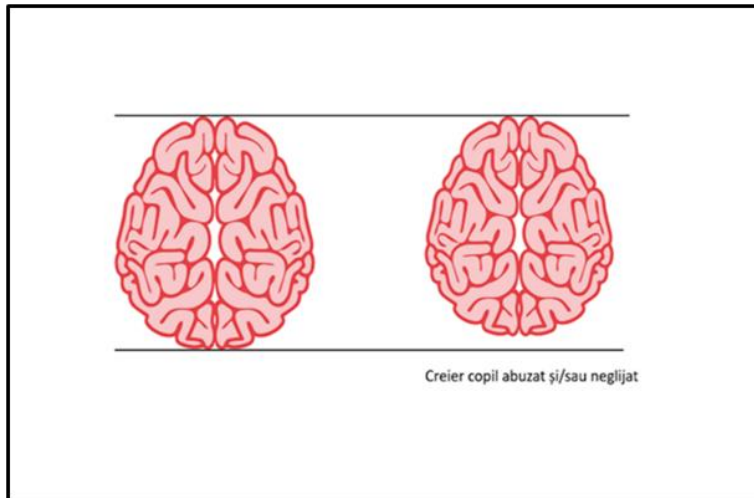


Daniel Siegel susține că zona mediană a cortexului prefrontal (vezi imaginea de mai sus) este implicată în formarea conștiinței de sine, a memoriei, a emoțiilor, a mecanismelor de reglare precum și a atașamentului. Dezvoltarea acestor regiuni superioare ale cortexului este susținută de contactul cu îngrijitori capabili să se conecteze emoțional la nevoile copilului și capabili să creeze relații de atașament sigur. S-a descoperit că acei copii care au experimentat la vârste timpurii neglijarea și/sau abuzul prezintă regiuni prefrontale mai subțiri, lobi frontali mai puțin dezvoltați și mai puțină activitate electrică în cortexul prefrontal (vezi imaginea de mai jos).

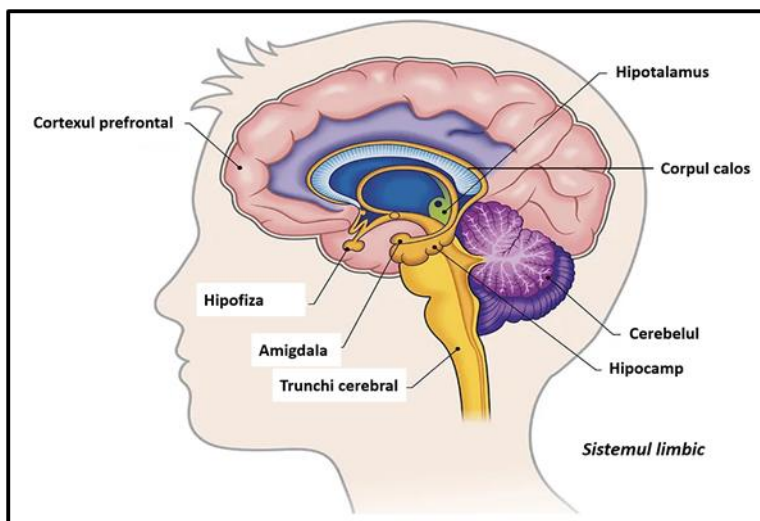


Alan Schore, a cercetat impactul pe care îl au relația de atașament și trauma timpurie asupra dezvoltării emisferei drepte pe care o descrie ca fiind ”dominantă pentru stabilirea atașamentului, reglarea emoțională și reglarea stresului” (Schore, 2020). Mai exact, el afirmă că ”tranzacțiile interpersonale din cadrul relației de atașament formează circuitele corticale și subcorticale responsabile cu emoțiile și cu reglarea stresului din emisfera dreaptă care se dezvoltă rapid în primii anii de viață” (Schore, 2019). Calitatea relației de atașament influențează în mod direct dezvoltarea abilităților de auto-reglare și identitate. Un adult disponibil și conectat emoțional reușește să răspundă eficient semnalelor afective venite din partea copilului. Când copilul este supărat, adultul răspunde și îl calmează; când copilul este activat, atunci și adultul se activează; când copilul se retrage, se retrage și adultul pentru a-i permite copilului să se reorganizeze. Uneori adulții nu observă aceste semnale și eșuează prin supraimplicare sau prin subimplicare, ceea ce provoacă un stres suplimentar copilului. Stresul resimțit de copil determină adultul să-și schimbe răspunsul, reparând astfel ruptura apărută la nivel de contact. Acest proces al conectării, ruperii și reparare/reconectare stimulează dezvoltarea cortexului frontal. Copiii care experimentează abuz și neglijare severe nu primesc acel tip de conectare mutuală atât de necesară pentru o dezvoltare armonioasă. Acest lucru afectează formarea sistemului de atașament, a abilității de a avea încredere și de a fi îngrijit de alții, și de a-și regla propriile stări emoționale.

Alte studii au demonstrat faptul că creierul copiilor abuzați și/sau neglijați, care aveau un istoric de atașament nesigur, este cu aproximativ 8% (vezi figura de mai jos) mai mic decât creierul copiilor care au trăit într-un mediu sigur și ofertant din punct de vedere emoțional.



Zonele care au înregistrat volume sub medie au fost cortexul prefrontal (acolo unde sunt reglate impulsurile, sediul gândirii și al funcțiilor executive etc), corpul calos (puntea neuronală care face legătura între cele două emisfere cerebrale), precum și în câteva structuri ale sistemului limbic, a căror disfuncționalitate se pare că mărește mult vulnerabilitatea la dependența de substanțe ce poate apărea ulterior pe parcursul vieții (vezi imaginea de mai jos).





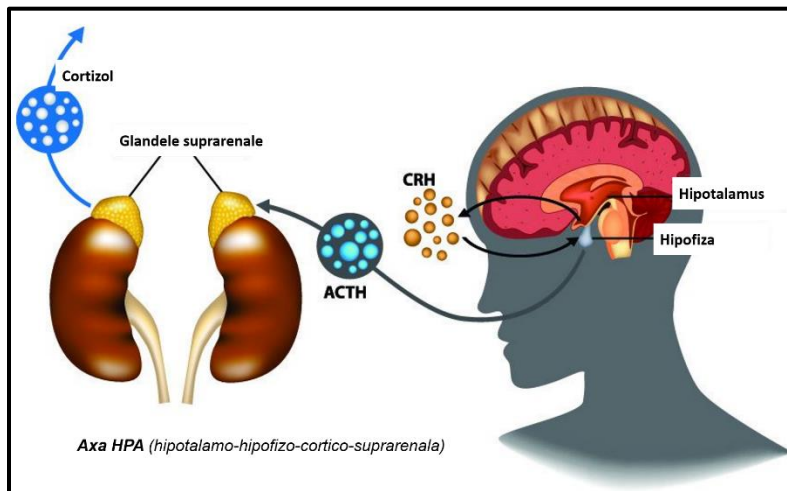
Mai mult, un studiu a arătat că volumul hipocampului (centrul emoției și al memoriei – modelele interne) al femeilor adulte cu depresie și care au fost abuzate în copilărie s-a dovedit a fi cu 15% mai mic. Factorul responsabil cu această ”micșorare” s-a dovedit a fi abuzul suferit în copilărie și nu depresia, din moment ce aceleași zone ale creierului erau neafectate la femeile care sufereau de depresie, dar care nu au experimentat abuzul în copilărie (Mate, 2019).

Copiii care nu s-au simțit în siguranță au fost nevoiți să petreacă mare parte din viață funcționând mai intens la etajele inferioare ale creierului, adică zona sistemului limbic care se ocupă cu răspunsurile de supraviețuire de tipul luptă-fugi-îngheață. Deoarece această zonă este constant întărită și activată, este foarte probabil ca să nu mai existe energie pentru multe oportunități de a explora, de a se juca, de a fi curioși, de a se implica sau de a învăța (zonele frontale și prefrontale ale creierului). Regiunile creierului dedicate acestor activități nefiind antrenate suficient. Acești copii ajung să aibă sisteme de apărare extrem de sensibile în detectarea amenințărilor. Însă acest lucru se face cu prețul unei capacități mai scăzute de a se regla emoțional, de a procesa și modula afecte și stimuli senzoriali. Așa se explică de ce copiii care sunt expuși în mod repetat la un stres toxic sunt mai ușor de stârnit, au un prag mai jos de toleranță pentru emoții intense, au nevoie de mai mult timp pentru a reveni la nivelul emoțional de bază și sunt mai instabili din punct de emoțional (Siegel, 2012).

Cei mai afectați de trauma relațională sunt copiii care nu au atins stadiul verbal și care funcționează mai bine pe baza emisferei drepte a creierului (emisfera care guvernează trăirile emoționale și senzoriale). Astfel, trauma relațională va fi mai curând integrată și înmagazinată în sistemele de reglare corporale și activatoare pentru a fi re trăită sau re-experimentată prin senzații și mișcări corporale. Cu alte cuvinte, corpul tinde să-și amintească ceea ce mintea vrea să uite. Acest lucru ducând la o hipersensibilitate crescută față de unele elemente care declanșează amintiri afective și senzoriale ale evenimentului traumatic. Acest sentiment de frică și nesiguranță și această nevoie de a trăi cu simțurile încordate la maximum devine o obișnuință pentru ei, un mod de a trăi pe care îl internalizează.

Hipotalamusul, amigdala și axa HPA (hipotalamo-hipofizo-cortico-suprarenala) (vezi mai jos) sunt alte structuri implicate în ”construirea” emoțiilor, motivației, memoriei emoționale și a

răspunsurilor condiționate de frică. Hipotalamusul eliberează către hipofiză corticotropină (CRH), care la rândul său eliberează către glandele suprarenale adrenocorticotropină (ACTH). Glandele suprarenale eliberează cortizol, cunoscut și sub numele de hormonul stresului. Acest hormon al stresului reglează foarte multe dintre procesele ce au loc în corp printre care digestia, imunitatea, sexualitatea, precum și depozitarea și utilizarea resurselor de energie.



Relațiile de atașament disfuncționale au un impact negativ asupra axei HPA, afectând atât structura cât și modul de răspuns al sistemului limbic în situații mai puțin/sau deloc periculoase, conducând astfel la o producție excesivă de cortizol și la un răspuns de frică exagerat. S-a putut observa că valori ridicate ale hormonului de stres implică hiperactivitate, anxietate, impulsivitate, dificultăți de somn și tahicardie.

Trunchiul cerebral este responsabil cu menținerea funcțiilor fiziologice, activarea răspunsului fizic în situații de stres imediat (luptă, fugă, încremenire), activarea răspunsurilor neuro-imunitare etc. Totodată el este și sediul sistemului nervos autonom, elementul central al teoriei polivagale a lui Porges. Stephen Porges este de părere că odată ce omul a devenit o ființă socială prin excelență a fost nevoit să învețe să facă rapid diferența dintre siguranță și pericol, altfel apărarea "eronată" față de propriul grup s-ar fi dovedit fatală pentru individ. Printr-un proces intitulat de Porges neurocepție (analiza preconștientă a răspunsurilor emoționale subtile proprii și ale celuilalt), omul poate determina dacă o altă persoană/situație reprezintă un pericol sau nu. Dacă persoana/situația este considerată sigură, procesele automate de apărare se opresc, metabolismul



scade, și astfel individul se poate implica social (Porges, 2017). A doua situație implică că prin intermediul neurocepției este detectat un pericol care persistă, ceea ce conduce la menținerea mecanismelor de apărare (crește metabolismul) și activarea comportamentelor de luptă sau fugă. Dacă după manifestarea acestor comportamente pericolul dispare, atunci se revine la starea inițială. A treia opțiune presupune că individul sesizează pericolul, însă răspunsurile de tipul fugă/luptă nu reprezintă o opțiune, atunci corpul încremenește, metabolismul scade, bătăile inimii, respirația și pragul de durere scad. Porges este de părere că ”manualul neurocepției” prin intermediul căruia individul recunoaște ce este sigur sau nu, se învață cu preponderență în cadrul relațiilor de atașament. Copilul experimentează și învață ce este siguranța prin contactul său cu o figură de atașament capabilă să-i răspundă adecvat stărilor emoționale. Când acest lucru nu se întâmplă, sistemul nostru vagal nu este programat să recunoască siguranța. Altfel spus, experiențele relaționale timpurii vor determina dacă individul va răspunde mediului cu deschidere sau cu suspiciune.

Forme ale traumei relaționale - Neglijarea și abuzul

Mulți copii care experimentează traume relaționale rămân captivi într-o stare de stres continuu și toxic deoarece persoanele semnificative din viața lor nu reușesc să fie receptive și să le ofere securitatea emoțională de care au nevoie. Pentru unii, această teamă că nu se află într-un mediu suficient de sigur începe în perioada intrauterină. Această experiență prenatală este caracterizată de frică, stres toxic, amenințare, ignorare, ambivalență. Întrucât uterul reprezintă prima școală despre ce înseamnă să fii într-o relație, de multe ori copiii se nasc cu un model relațional negativ.

Într-un context de traumă relațională și de dezvoltare, copiii sunt lăsați deseori să se zbată în mijlocul unor valuri emoționale, senzoriale și fiziologice copleșitoare (vezi tabelul de mai jos). Aceste lucru presupunând și schimbări importante la nivel biologic – modificarea nivelurilor de adrenalină, cortizol, serotonină etc (Karen Treisman, 2020).

Contact vizual	intruziv, intens și amenințător	limitat și evitant
-----------------------	---------------------------------	--------------------



Gură	șipăt, abuz verbal, gură deschisă	tăcere
Auz	șipete, abuz verbal, agresiune, plâns, zgomot puternic, pocnituri etc.	tăcere
Nas	urină, țigări, mizerie, sânge, alcool, fecale etc	lipsa stimulării olfactive
Pipăit	prea multe atingeri, durere, rece/fierbinte, umed, presiune	prea puține atingeri, lipsa stimulării tactile
Senzații corporale	transpirație, tensiune musculară, foame, senzația de rece, umed, senzația de a fi prins într-o capcană, senzația de durere, greață, amețit etc	lipsa stimulării corporale
Creier/cognitiv	temător, amenințat, furios, speriat, confuz, neputincios, vinovăție, rușine etc.	lipsa stimulării cognitive
apud Karen Treisman, 2020		

Nimic nu este mai important pentru copil decât să existe un adult care să fie disponibil din punct de vedere emoțional, care să-și asume angajamentul că este dispus să aloce timp, efort și resurse și care doar să fie prezent când copilul are nevoie de îndrumare și confort. Fiecare copil are nevoie ca cineva să fie ”înnebunit” după el.

Atunci când copilul crește într-un mediu în care se simte nedorit și/sau singur, el învață că grija față de o altă persoană este un lux. Învață că trebuie să facă anumite comportamente doar pentru a supraviețui emoțional, adesea aceleași comportamente pe care le face și adultul. Copilul crescut de un adult abuziv care îl rănește fizic și/sau psihic este pus în fața unui ”paradox biologic”



dat de tendința înăscută de a căuta proximitatea și confortul emoțional la aceeași persoană care îl abuzează.

Neglijarea emoțională este reprezentată de eșecul satisfacerii nevoilor de bază ale copilului ce țin de dezvoltarea sa emoțională și de conturarea unui sentiment al sinelui sănătos. De cele mai multe ori neglijarea emoțională implică omiterea neintenționată a satisfacerii nevoilor de bază ale copilului de către adult, în timp ce abuzul presupune o acțiune prin care adultul îi provoacă suferință copilului. Deci, neglijarea are la bază omisiunea neintenționată, în timp ce abuzul are la bază acțiunea intenționată.

Însă există situații în care ”omisiunea” este intenționată din partea adultului, de exemplu copilul plânge în cealaltă cameră, iar adultul ”alege” (din diverse motive) să nu se ducă să vadă ce s-a întâmplat și nici să-i ofere confort emoțional. În această situație nu ”omisiunea” de a-i oferi copilului ceea ce are nevoie definește comportamentul adultului, ci intenția. Iar non-acțiunea intenționată a adultului este o formă de abuz. Dacă adultul nu intervine pentru că nu a auzit plânsul copilului, atunci era vorba de neglijare neintenționată.

În general, abuzul nu este accidental/neintenționat. El presupune a face/sau a nu face cu intenția de a provoca suferință afectivă sau fizică. Abuzul emoțional poate lua forma ridiculizării, umilirii, învinuirii etc. Abuzul nu se întâmplă doar atunci când adultul este furios, ci poate face parte din discuțiile zilnice, mai ales atunci când a devenit o obișnuiță în cadrul interacțiunilor copil-adult. Chiar dacă de cele mai multe ori abuzul presupune cuvinte grele și critice spuse răstit, el poate fi și nonverbal. Privirile pline de ură, refuzul intenționat de a vorbi unui copil ori sabotarea succesului sunt tot forme de abuz emoțional.

Adesea abuzul emoțional poate include și partea corporală. De exemplu, când copiii/adolescenții sunt forțați, pentru a fi umiliți, să poarte haine murdare, rupte sau inadecvate. Abuzul emoțional poate include înjosirea genului copilului sau expunerea la situații terifiante sau copleșitoare.

O altă formă de abuz emoțional este amenințarea cu abandonul. Expresii de genul ”Te duc la orfelinat”, ”Te las aici și nu te mai iau” sunt un indiciu că adultul nu reprezintă o garanție morală în ceea ce privește prezența în relație. Acest tip de amenințare prin faptul că menține un atașament



nesigur reprezintă o formă de control pe care adultul o exercită asupra copilului. Cu alte cuvinte, amenințarea cu abandonul fizic este o formă de abuz emoțional.

De asemenea, un adult care cunoaște toate vulnerabilitățile copilului se poate folosi de aceste informații pentru a-i provoca rușine. Rușinea este una dintre cele mai dureroase emoții pe care le poate trăi un copil/adolescent deoarece constă în sentimentul că este deficitar cumva și că a greșit. A-i provoca rușine unui copil înseamnă a-l face să se simtă deficitar, de neiubit și de neacceptat.

În general, când este prezent abuzul emoțional are loc și neglijarea emoțională a copilului. În schimb, rareori se întâmplă ca neglijarea emoțională să atragă după sine abuzul emoțional. Adultul care este doar absent emoțional se încadrează la neglijare și îi lipsește malițiozitatea celui abuziv și nu intenționează să rănească copilul. Ceea ce permite adultului abuziv să fie rău-intenționat este lipsa de conexiune/sincronizare și empatie față de copil, deconectare ce se traduce și printr-o neglijare emoțională.

Dacă factorii patogeni, cum ar fi neglijarea și abuzul, din cadrul relației părinte-copil apar doar tranzitoriu sau pentru o perioadă scurtă de timp, aceștia nu reprezintă un pericol semnificativ pentru dezvoltarea socio-emoțională a copilului. În schimb dacă acești factori patogeni (neglijarea și abuzul) constituie tiparul predominant în interacțiunea timpurie și dacă aceste experiențe se extind pe parcursul mai multor ani, ei pot fi sursa unor tulburări de atașament care să persiste și după plasamentul la asistenții maternali sau în familiile adoptive. Chiar dacă mediul emoțional din noua familie este mai bun, aceste tulburări de atașament pot continua să deformeze noua relație dintre asistenții maternali sau părinții adoptivi și copil. Comportamentele distorsionate specifice tulburărilor de atașament pot face aproape imposibilă recunoașterea nevoii ascunse de atașament a copilului și, în cel mai rău caz, se pot consolida ca tipare psihopatologice de comportament.

Efectele neglijării și ale abuzului

Deși neglijarea și abuzul sunt extrem de dăunătoare pentru dezvoltarea socio-emoțională a copilului, de cele mai multe ori, copilul minimizează experiențele traumatice spunând: ”Nu a fost atât de rău”. Însă există numeroase studii care demonstrează că copiii abuzați (fizic, sexual și



emoțional) și neglijați suferă de anxietate, depresie, stimă de sine scăzută, stres posttraumatic, idei suicidare etc.

Pe lângă aceste considerente generale există anumite efecte specifice ale neglijării emoționale în copilărie (apud Jamin Lee Cori, 2021):

- ***Afectarea sentimentului propriei valori și a stimei de sine.*** Copilul care nu a primit suficient din punct de vedere emoțional nu se simte valorizat și văzut. El nu primește din partea adultului oglindirea emoțiilor, gândurilor și comportamentelor. Totodată nu are parte de sprijin și de încurajare. El nu se simte iubit, chiar dacă rațional are convingerea că adultul îl iubește.

În acest context, singura explicație pe care și-o poate da copilul (datorită gândirii egocentrice) este că: ”Eu nu contez”, ”Nu sunt important” și ”Ceva este în neregulă cu mine”. Practic lipsește baza pe care se construiește un concept de sine sănătos.

- ***Sentimentul că nu este sprijinit.*** Lipsa suportului în copilărie conduce la absența unei capacități interne de autoajutorare și la un sentiment de nesiguranță, deoarece copilului i-a lipsit adultul care să facă aceste lucruri și pe care să-l interiorizeze. Această lipsă se manifestă ca nesiguranță și ca dificultate de a merge mai departe și de a depune un efort constant în vederea atingerii unui obiectiv.

Uneori, copilul care a devenit autosuficient nu percepe această lipsă (a nevoii de a fi sprijinit și ajutat) și merge înainte cum poate el mai bine. Cu toate acestea, când presiunea devine de nesuportat, această apărare se prăbușește, iar nevoia de sprijin devine manifestă.

- ***Lipsa afirmării de sine.*** Copilul care nu a primit minimumul necesar va considera cuvântul nevoie ca fiind unul tabu, deoarece nevoile sunt asociate amintirilor dureroase în care aceste nevoi nu i-au fost satisfăcute. Astfel nevoile emoționale sunt adesea o sursă de rușine și ca atare trebuie ascunse. În acest caz, poate fi prezentă o convingere de tipul ”Nevoile mele sunt o povară pentru ceilalți. Trebuie să le țin pentru mine”.

Ideea este că copilul nu poate cere satisfacerea propriilor nevoi dacă nu simte că are dreptul la ele și nu este convins că ceilalți vor fi receptivi. În aceste condiții copilul va



manifesta tendința de a nu se exprima pe sine în exterior indiferent dacă este vorba de nevoi, emoții, gânduri, sprijin etc.

- **Foamea emoțională.** Copilul care a fost neglijat emoțional încearcă să compenseze lipsa afecțiunii. În viața adultă se va concentra și va fi hipervigilent în vederea obținerii de conexiuni emoționale. La polul opus este adultul care a renunțat la ideea unei intimități emoționale. Alteori se observă o oscilație între lipsa dorinței de apropiere și foamea emoțională.
- **Dificultatea de a accepta iubirea și de a menține relații funcționale.** Copilul care a fost neglijat emoțional chiar dacă simte foame emoțională, acest lucru nu îi facilitează experiența de a primi și de a oferi afecțiune. Relațiile funcționale presupun intimitate, iar intimitatea presupune vulnerabilitate și împărtășirea propriilor nevoi și emoții. Iar aceste din urmă lucruri sunt greu de înfăptuit pentru o persoană care și-a dezvoltat mecanisme de apărare pentru a se proteja de ele (ex. autosuficiența).

Persoanele care au fost neglijate în copilărie au puncte de reper limitate în ceea ce privește modul de funcționare al relațiilor intime și al modulului în care propriile lor nevoi pot fi satisfăcute. Este dificil de conceput pentru persoana respectivă cum anume cineva va fi cu adevărat prezent pentru ea când acest lucru i-a lipsit în cea mai marcantă dintre relații. Alteori, persoana poate avea sentimentul că nu merită să fie iubit, având convingerea că dacă ar fi meritat, figura de atașament ar fi fost prezentă pentru ea.

- **Singurătatea.** Copilul care nu se simte valorizat în cadrul relației cu adultul poate dezvolta un complex al intrusului. Drept consecință poate trăi simultan dorința intensă de a face parte dintr-un grup social precum și reticența de se pune iar într-un context social care îl poate răni din nou. Sentimentul din copilărie că nu a fost iubit este precursorul singurătății cronice.
- **Lipsa abilităților de reglare emoțională.** Când copilul nu-și poate exprima în mod liber emoțiile și trăirile, iar adultul nu-l ajută să-și regleze sau să-și comunice emoțiile, atunci copilului îi va lipsi abilitatea de a se regla emoțional deoarece nu a avut posibilitatea să exerseze această abilitate în relație cu un adult conținător. Adesea,



principala provocare a copilului ajuns adult este să își identifice propriile emoții, să le înțeleagă și să nu reacționeze inconștient la acestea prin comportamente dezadaptative. Persoana care a evitat emoțiile are nevoie să le permită acestora să se manifeste și să parcurgă ciclul firesc.

- **Sentimentul că niciodată nu este de ajuns.** Uneori, copilul care a experimentat neglijarea din partea adultului poate resimți un oarecare sentiment de lipsă. Experiența de fi fost privat de afecțiune și atenție poate fi lentila prin care copilul privește lumea. Astfel poate avea sentimentul că nu primește niciodată suficienți bani, suficientă afecțiune, suficientă atenție etc. De foarte multe ori, acest lucru este complicat de sentimentul de disconfort trăit atunci când persoana este pusă în situația de a primi afecțiune. Dacă adultul a deprivat emoțional/neglijat copilul, modelele interne de funcționare vor fi construite plecând de această realitate și astfel viitorul adult va întâmpina reale dificultăți în a oferi și a primi afecțiune.
- **Depresia.** Depresia (dacă nu are la bază o cauză biologică) se află în strânsă legătură cu pierderea, lipsa afecțiunii, nevoile emoționale nesatisfăcute, doliul, lipsa sprijinului etc. Toate aceste experiențe determină creierul copilului să funcționeze într-un anumit mod, din punct de vedere structural, dar și să formeze anumite credințe specifice despre sine, ceilalți și lume (modele interne de funcționare). Modelele interne/credințele vor avea nuanțe pozitive sau negative în funcție de experiențele fericite sau nefericite din copilărie. Cu cât copilul a avut mai multe experiențe negative cu atât va fi mai afectat la vârsta adultă. Depresia poate fi considerat un indicator al neglijării semnificative, mai ales atunci când începe în copilărie sau atunci când mai mulți copii din familie devin deprimați.
- **Adicția.** Dependența este o reacție frecventă la suferința emoțională care nu a fost metabolizată. Ea are legătură cu incapacitatea de autoalinare și reglare emoțională sau de reacția corpului la un impuls neconștientizat. Copilul neglijat devenit adult fiind incapabil de a procesa aceste emoții și senzații inconfortabile, învață că le poate reprima prin comportamente adictive care îi conferă alinare și amortizare. Dependențele



legate de mâncare sunt deosebit de răspândite printre cei care au fost înfometaji emoțional. Mâncarea este adesea asociată cu dragostea adultului, astfel că este ușor de înțeles de ce mâncatul în exces poate fi folosit în scopul autoalinării și mascării golului lăsat de neglijare și deprivare emoțională.

- **Lipsa de siguranță.** Copilul care a fost neglijat a fost forțat să se descurce singur în situații nesigure, iar asta a determinat sistemul nervos să-și dezvolte un tipar de vigilență excesivă pentru a compensa acest lucru. Acest tipar de vigilență face ca mintea să observe și să analizeze doar indiciile ce sugerează un posibil pericol, ignorând complet indiciile contrare. Din această cauză persoana are aproape în permanență sentimentul lipsei de siguranță. În altă ordine de idei, dacă copilul nu a experimentat acest sentiment de siguranță în cadrul relației de atașament, practic, la vârsta adultă, îi lipsește interiorizarea imaginii calde și reconfortante a îngrijitorului, cel mai important rezervor al sentimentului de siguranță.
- **Perfecționismul și critica de sine.** Atunci când adultul neglijează copilul și nu-i oferă suficientă apreciere, laudă și validare, copilul va depune eforturi majore pentru a se conforma dorințelor adultului pentru a primi toate acestea. Practic, acesta se controlează și își impune standarde înalte în ideea că ”Dacă reușesc să fiu suficient de bun (așa cum percepe el că adultul își dorește), o să obțin afecțiunea adultului”. Această presiune de a câștiga iubire și atenție prin rezultate bune conduce la performanțe excelente, însă mereu în detrimentul satisfacerii altor nevoi și dorințe (sociale, ludice etc). Rareori persoana care trebuie să facă totul bine își acordă permisiunea de a greși, eșua sau de a încerca lucruri noi.

Adultul abuziv rareori este acordat emoțional la copil și receptiv la nevoile acestuia, astfel că efectele neglijării menționate mai sus vor fi, cel mai probabil, prezente și la copilul al cărui îngrijitor a fost abuziv emoțional și fizic. În astfel de situații depresia și dependența au șanse mai mari de a fi prezente în aceste cazuri iar sentimentul personal de siguranță necesită mai multă muncă de reparație. Principalele consecințe ale **abuzului fizic și emoțional** pot fi (apud Jamin Lee Cori, 2021)::



- **Anxietate ridicată.** Anxietatea este sentimentul că ceva este în neregulă și că ceva rău urmează să se întâmple. Copilul care a experimentat abuzul în copilărie poate trăi niveluri ridicate de anxietate menite să-l ajute să se ferească de astfel de situații periculoase. Deoarece emoțiile și experiențele rămân neprocesate, ele rămân în interiorul copil ca o stare permanentă de tensiune și neliniște. Anxietatea se poate manifesta prin atacuri de panică, fobii, tipare obsesiv-compulsive, tulburări ale somnului, torticolis, îngrijorări excesive, iritabilitate sau neliniște. ”Nevoia” de vigilență permanentă face relaxarea imposibilă, acest lucru având un impact devastator asupra corpului.
- **Evitare.** Abuzul emoțional și fizic este însoțit adesea de incapacitatea copilului de a se regla emoțional. Această incapacitate îl determină pe copil să evite experimentarea emoțiilor, ceea ce îl descurajează de a se aventura în viață, dar și de a-și explora lumea interioară. Astfel, copilul se rezumă la o trăire în plan intelectual fiind foarte predispus diferitelor forme de dependență menite să-l anestezieze atunci când experimentează emoții și sentimente.
- **Degradarea sănătății.** Evitarea emoțiilor vine la pachet și cu deconectarea de propriul corp (mijlocul prin care emoțiile se pot exprima). Atunci când copilul nu este cu totul prezent în propriul corp, nu este receptiv la nevoile acestuia: odihnă, hidratare, hrană, mișcare etc. Evenimentele abuzive din perioada copilăriei, care au provocat un stres extrem, sunt asociate cu incidența bolilor din viața adultă deoarece sistemul imunitar și cel nervos, împreună cu toate celelalte, au fost copleșite în perioada în care aveau nevoie de sprijin pentru a se dezvolta. Uneori corpul încearcă să-i reveleze individului poverile pe care le poartă; astfel, corpul exprimă prin simptome fizice ceea ce nu poate metaboliza în plan psihic.
- **Neîncrederea în ceilalți și nefericirea în cadrul relațiilor.** Abuzul experimentat în copilărie determină individul să nu mai coboare zidurile ridicate în scopul de a se proteja. Astfel, când cineva își manifestă interesul autentic față de persoana lui, nu va avea încredere că interesul acestuia va fi de durată sau că nu urmărește ceva ascuns.



Totodată, este prezentă teama că va fi părăsit în momentul în care va începe să se apropie și să aibă încredere. Pentru copilul cu istoric de abuz, apropierea înseamnă suferință. Modalitățile prin care individul încearcă să se protejeze de suferința abuzului sunt evitarea apropierii și judecarea pripită a celorlalți pentru a avea motiv să se distanțeze de ei.

Nefericirea în cadrul relațiilor apare atunci când individul prezintă tendința de a perpetua mecanismele de apărare din copilărie (mecanisme care l-au ajutat să supraviețuiască), neadaptându-se la contextul din prezent și neținând cont că acum este o persoană adultă. De exemplu, lipsa de reacție în fața abuzului și a agresivității sau autosacrificiul personal în detrimentul satisfacerii propriilor nevoi fundamentale. Astfel, individul poate ajunge să se pună în situații neconvenabile, punându-și siguranța fizică în pericol sau forțându-se să îndeplinească cereri absurde. Aceste lucruri se întâmplă deoarece individul a învățat să se aștepte doar la firimituri, doar de dragul unei relații.

- **Plafonarea interioară.** Perpetuarea abuzului din perioada copilăriei implică autosabotarea dezvoltării, după modelul în care îngrijitorul a sabotat dezvoltarea copilului. Astfel, adultul din prezent își interzice singur să ia anumite decizii, să aibă succes, să simtă emoții, să-și trăiască viața după propriile dorințe, să devină ceea ce vrea să devină (profesional & personal) etc. Chiar și atunci când sunt lăsate în urmă aceste limitări, individul se va împiedica de alte obstacole: nu este suficient de bun, este un impostor, denigrarea propriului succes etc. Mulți supraviețuitori ai unor astfel de abuzuri experimentate în copilărie obișnuiesc să se concentreze asupra propriilor eșecuri mai degrabă decât asupra succeselor, privându-se astfel de un concept de sine pozitiv.
- **Agresivitate internă.** Individul care a experimentat un mediu critic în copilărie are un critic interior foarte dur. Chiar dacă uneori vocea critică internă îl protejează și îl motivează, de cele mai multe ori însă este scăpată de sub control și abuzivă, reprezentând o sursă de stres considerabilă. Adesea acest agresor intern prezintă



aceleași convingeri ca îngrijitorul abuziv ”Nu ești bun! Ești prost, leneș, gras etc.” Problema cu agresorul intern este că individul nu este niciodată în siguranță, pericolul se află mereu la un gând distanțat.

- **Automutilarea.** Comportamentele ce țin de automutilare pot varia, de la autosabotajul subtil și lipsa unei bune griji de sine până la forme de automutilare, precum tăiatul sau arsul corpului, ori chiar suicidul. Mecanismele automutilării pot fi: perpetuarea abuzului care a fost interiorizat, rezultat al autoînvinovățirii pentru abuzul suferit în trecut, expresie a rușinii și încercarea de a o gestiona, expresie a urii de sine (introiectată) sau al furiei reprimată și întoarse asupra sinelui, încercare disperată de a simți ceva.
- **Disocierea.** Disocierea reprezintă deconectarea de la propriul corp, de la propriile emoții și de la mediul înconjurător. Disocierea funcționează ca un ”întrerupător” pentru sistemul nervos copleșit de abuz și traumă. Ea reprezintă un răspuns la situații de criză și acționează cu succes doar parțial deoarece ajută individul să facă față pe termen scurt, fără a-i fi de folos pe termen mediu-lung, când este nevoie ca toate componentele experienței să fie integrate (emoții, senzații corporale, gânduri etc). Disocierea este o reacție inconștientă la un stres extrem și poate dura câteva minute, câteva zile, sau chiar toată viața, individul trăind cu totul separat de propriile emoții, de propriul corp și de mediul înconjurător.
- **Amnezia.** Lipsa amintirilor despre evenimentele semnificative din perioada copilăriei este des întâlnită în cazul abuzului și al traumei severe. Amnezia disociativă reprezintă uitarea acelor aspecte care sunt prea dureroase pentru a fi amintite. Este vorba despre o structură defensivă a psihicului care decide că anumite aspecte sunt prea greu de gestionat și ca atare trebuie ”uite”.
- **Derealizarea.** Sentimentul că poate distinge între ceea ce este adevărat și ceea ce este fals constituie un element important al încrederii în sine. Abuzarea severă în copilărie (abuzul repetat, abuzul negat de către cei din jur, sau abuzul pentru care individul a fost învinovățit) și incapacitatea de a se putea refugia într-un loc sigur, îl pot determina




pe copil să se retragă în lumea lui internă, dezvoltându-i sentimentul că nu mai știe sigur ce este real. Individul se poate întreba: ”Chiar s-a întâmplat asta sau doar mi-am imaginat / am visat?!” Dacă adultul neagă o parte din experiența copilului și își rescrie propriul scenariu, pentru copil sentimentul realității poate fi fragil.

- **Hiperempatia.** Lipsa sentimentului de siguranță și abuzul fac ca individul să devină hipersensibil la critică, respingere și abandon, ceea ce conduce la o vigilență permanentă asupra reacțiilor celorlalți. Această hipervigilență și lipsa limitelor personale (ori nu au fost dezvoltate, ori au fost distruse de caracterul invaziv al adulților) pot contribui la situația în care individul ajunge să trăiască doar prin intermediul emoțiilor și motivațiilor împrumutate de la ceilalți. Când acest lucru se întâmplă în mod inconștient și frecvent, este vorba despre o persoană hiperempatică. Principala dificultate a individului hiperempatic este că nu face diferența între experiențele celorlalți și propriile trăiri. El se găsește adesea în situația în care se întreabă de ce este atât de furios sau deprimat, deși nu are niciun un motiv să se simtă așa. Acest lucru se întâmplă deoarece le-au preluat de la cei din jur datorită limitelor personale extrem de permeabile.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Capitolul 2 Atașamentul și psihopatologia

2.1. Teoria tulburărilor de atașament

2.2. Încadrarea tulburărilor de atașament în manualele de diagnostic

2.2.1. Alte clasificări ale tulburărilor de atașament

2.3. Diagnostic diferențial

2.3.1. Tulburarea de spectru autist

2.3.2. Tulburarea hiperchinetică cu deficit de atenție și tulburarea bipolară



Atașamentul și psihopatologia

Bowlby (1973) începuse deja să aibă în vedere existența unor legături între atașamentul nesigur și anumite forme de psihopatologie. El a găsit dovezi ale unor asemenea legături între agorafobie și atașamentul nesigur-ambivalent. De asemenea, el a putut observa legături între tiparele atașamentului nesigur și diferite fobii specifice copilăriei (ex. fobiile legate de animale) și a ajuns să înțeleagă fobia de școală în contextul anxietății de separare dezvoltată fie de copil, fie de părinte.

Pe parcursul unui număr crescând de studii longitudinale, o parte din ele prospective, au reieșit legături între atașamentul nesigur și tulburările de comportament (cum ar fi comportamentul antisocial) ale preșcolarilor și școlarii (Greenberg et al, 1997). Greenberg a interpretat aceste comportamente problemă drept o strategie de a provoca o reacție persoanei de referință.

În legătură cu anumite boli cronice, cum ar fi fibroza chistică, Goldberg (1997) a raportat un număr disproporționat de copii cu tipare ale atașamentului nesigur-dezorganizat. Acest lucru era valabil și pentru copiii diagnosticați cu malformații ale inimii care suferiseră intervenții chirurgicale pe cord în primii ani de viață.

Studiul longitudinal Minnesota condus de Alan Sroufe, Byron England, Elisabeth Carlson și Andrew Collins a evidențiat faptul că numărul indivizilor cu istoric atașament sigur care au dezvoltat tulburări de sănătate mintală a fost semnificativ mai mic decât cel al indivizilor cu istoric de atașament nesigur (anxios sau evitant), și cu mult mai mic în comparație cu indivizii cu istoric de atașament dezorganizat (Sroufe, 2005). Mai mult, copiii (6-12 ani) cu un istoric de atașament sigur manifestau semnificativ mai puține probleme comportamentale decât copiii cu istoric de atașament nesigur (anxios și evitant) atunci când familiile lor experimentau perioade de stres ridicat. Deci, istoricul de atașament sigur a redus impactul stresului, prevenind apariția problemelor de comportament. În plus, dacă copiii au manifestat probleme de comportament în preșcolaritate sau în perioada 6-12 ani, acestea au persistat și în perioadele de dezvoltare ulterioare, iar nivelul de recuperare a putut fi prognozat în funcție de calitatea relațiilor de atașament din primii doi ani.



Dacă aportul istoricului de atașament nesigur (evitant și anxios) este unul moderat în apariția tulburărilor de sănătate mintală, nu același lucru se poate spune și despre istoricul de atașament dezorganizat care este un predictor puternic al tulburărilor de sănătate mintală. De exemplu, există o corelație semnificativă puternică între atașamentul dezorganizat în perioada 0-2 ani și severitatea simptomelor psihiatrice de la vârsta de 17-18 ani.

În cadrul studiului s-a putut atinge un oarecare nivel de specificitate în ceea ce privește corelarea diferitelor tipare de atașament nesigur cu anumite dificultăți comportamentale și emoționale care au apărut în adolescență. De exemplu, istoricul de atașament evitant a corelat semnificativ cu tulburarea de conduită. Acest lucru este plauzibil dacă se are în vedere alienarea interpersonală și furia ce pot deriva dintr-un trecut marcat de lipsa disponibilității emoționale și de respingere. Pe de altă parte, istoricul de atașament anxios a fost strâns legat de tulburările anxioase cu debut în jurul vârstei de 17-18 ani. Corelația a fost semnificativă mai ales în comparație cu istoricul de atașament evitant. De fapt, când au fost analizate tulburările de anxietate și "toate celelalte tulburări", atașamentul anxios a înregistrat o corelație semnificativă doar cu primele, iar cu cele din urmă corelația nu a fost mai mare decât în cazul atașamentului sigur. Istoricul de atașament anxios, cât și istoricul de atașament evitant au corelat moderat cu depresia apărută în etapele ulterioare ale vieții. S-a speculat că ar fi implicate două căi distincte, una ce are la bază alienarea parentală și sentimentul de neajutorare experimentat de copii în cadrul relației de atașament, iar cealaltă se fundamentează pe sentimentele de anxietate și neajutorare, caracteristicile de bază ale depresiei.

De asemenea, studiul a făcut câteva predicții specifice și în ceea ce privește atașamentul dezorganizat. Astfel, un istoric de atașament dezorganizat, mai ales în perioada 0-3 ani, preconizează viitoare stări de disociere (disociere = lipsa de congruență între anumite domenii ale psihicului, precum și incapacitatea de a integra aceste domenii într-o tot unitar cu sens, de exemplu, incapacitatea de a accesa și de a integra într-o istorie personală cu sens anumite amintiri și stări emoționale din trecut). Această predicție a fost confirmată mai ales la vârsta de 19 ani. Explicația pentru aceste stări de disociere este că în perioada 0-3 ani copilul se confruntă cu o situație înspăimântătoare și înfricoșătoare. El se află în fața unei dileme irezolvabile deoarece



părintele, care ar trebui să fie principala sursă de liniștire și confort, este principala sursă de stres și disconfort emoțional. Acest lucru conduce la un colaps total al strategiilor de adaptare (întâlnite în celelalte forme de atașament), la o schimbare bruscă a stărilor emoționale, la găsirea unor metode prin care să evite contactul conștient cu situația traumatizantă (ex. distragerea atenției, comportamente haotice etc.). Copilul încearcă să nu fie într-un contact deplin cu realitatea deoarece aceasta îi depășește capacitatea de înțelegere și de integrare. Cu alte cuvinte copilul nu este echipat din punct de vedere psihologic să facă față acestui tip de abuz. Studiul Minnesota demonstrează că atașamentul dezorganizat prezice apariția tulburărilor de conduită deoarece adesea tendințele disociative sunt însoțite de dificultățile de control al impulsului. Totodată există dovezi suficiente care demonstrează legătura dintre istoricul de atașament dezorganizat și tulburările de personalitate, în special tulburarea borderline. Indivizii cu tulburări de personalitate și cu istoric de atașament nesigur vorbesc despre copilăria lor într-un mod incoerent și având un nivel foarte ridicat de stres. Mai mult, datele studiului sugerează că majoritatea comportamentelor de auto-vătămare (tăiere, arsuri etc) ce apar începând cu adolescența târzie au ca principali factori predispozanți istoricul de atașament dezorganizat, abuzul sever (psihologic, fizic și/sau sexual, neglijare severă etc) și disocierea.

Sumarizând principalele descoperiri ale studiului Minnesota (Sroufe, 2005):

- Copiii de clasa a patra care aveau un istoric de atașament securizant dezvoltau mai puține probleme de comportament când familiile lor erau supuse unui stres major față de cei care nu avuseseră parte de un asemenea atașament;
- Copiii ai căror părinți erau emoțional indisponibili pentru a-l alina pe copil aveau tulburări mai serioase de comportament în adolescență;
- Copiii ai căror părinți opuseseră rezistență în a le permite să exploreze aveau șanse mai mari să dezvolte tulburări anxioase în adolescență;
- Există o asocieră (deși nu atât de pronunțată) între atașamentul nesigur și depresia în adolescență: copiii se simțeau fie neîncrezători și alienați, fie neajutorați și anxioși;



- Datorită sentimentului de siguranță resimțit în cadrul relației de atașament, copiii au șanse mai mici să devină frustrați sau agresivi atunci când sunt confrunțați cu probleme sociale, fiind mai puțin predispuși să renunțe. Acești copii au demonstrat mai multă tenacitate și flexibilitate și, în general, mai puțină agitație și lamentație;
- Preșcolarii cu atașament nesigur se bazează mai mult pe profesorii lor decât copiii cu atașament sigur de aceeași vârstă. Același tipar poate fi observat și la copiii cu vârsta de 10 ani în timpul taberelor de vară;
- Copiii care au învățat să aibă încredere că părinții lor îi vor ajuta să-și regleze emoțiile care produc disconfort au dobândit încredere și în propria lor capacitate de a-și regla emoțiile, ceea ce a avut drept rezultat mai multă încredere în sine și o stimă de sine crescută până la vârsta de 10 ani;
- Copiii care au avut parte din un atașament sigur erau mai activ implicați social în grupurile lor de colegi, atât la nivel preșcolar, cât și mai târziu, fiind deci mai puțin izolați. Preșcolarii demonstau mai multă empatie și dezvoltau mai multe relații reciproce. Spre vârsta de 10 ani aveau mai multe prietenii strânse și puteau susține acele relații mai bine în cadrul grupurilor mai mari. Spre adolescență, acești copii puteau funcționa bine chiar și în sferele sociale în se simțeau vulnerabili și puteau manifesta calități de lider;
- Atașamentul influențează dezvoltarea cognitivă în mod indirect, oferind o bază sigură pentru explorare (explorând, copilul învață lucruri noi) și influențând încrederea în sine, atitudinea față de situațiile provocatoare, gradul de implicare într-o sarcină etc;
- Copiii care experimentează un atașament sigur, apreciază prietenii apropiate, iar cei care experimentează un atașament nesigur, ori nu vor avea prieteni, ori vor stabili relații superficiale;
- Copiii care experimentează un atașament anxios, înregistrează ulterior performanțe școlare mai scăzute, prezintă probleme de comportament în relația cu cei de aceeași vârstă, dar și cu profesorii;



- Copiii care experimentează un atașament evitant ulterior sunt mai ostili, mai impulsivi, dependenți de alte persoane, lipsiți de complianță și de abilități sociale, renunță ușor și sunt retrași;
- O stimă de sine pozitivă și un nivel ridicat al autonomiei/independenței au ca premisă o relație de atașament sigură;

În plus, studiile longitudinale au examinat dezvoltarea tiparelor de atașament la bebelușii născuți prematur, unii cercetători au descoperit că distribuția tiparelor de atașament sigur și nesigur în rândul copiilor născuți prematur era asemănătoare cu cea observată în rândul copiilor născuți la termen (Minde, Corter & Goldberg, 1985), alți cercetători au raportat o incidență crescută a atașamentului nesigur în cazul copiilor cu prematuritate extremă (Minde, 1993).

Studiile au evidențiat de asemenea că acei copii care fuseseră abuzați sau neglijați în copilăria timpurie manifestă atașamente nesigure mai des decât copiii care nu prezintă niciun fel de semne de abuz (Lyons-Ruth et al., 1989). Tipare de atașament dezorganizat apar disproporționat de des în cazul copiilor abuzați (Carlson et al., 1989).

Copiii ai căror părinți sufereau de depresie (Cummings, 1990) sau schizofrenie au fost examinați în cadrul studiilor longitudinale prospective, considerându-se că boala părinților constituie un factor de risc cu privire la dezvoltarea atașamentului bebelușilor sau copiilor mici față de aceștia. În ciuda rezultatelor contradictorii într-o oarecare măsură, un acord general pare totuși a reieși, anume că acești copii cu părinți din grupe cu grad mare de risc manifestă o incidență a atașamentului nesigur mai mare decât se aștepta. Totuși, acest lucru poate să nu fie evident până la vârsta de doi sau trei ani.

Mai mult, un număr mare de studii a dezvăluit legături între tiparele de atașament ale copiilor mici și modificări la nivelul proceselor de reglare psihologică, imunologică și neurohormonală, ridicând problema unei posibile conexiuni între tiparele de atașament și bolile psihosomatice (Hofer, 1995). Procese cardiovasculare cu reacții diferite în modificarea ritmului cardiac au fost descoperite la copiii cu atașamente sigure și nesigure. Toți copiii mici reacționează la separare prin creșterea ritmului cardiac, dar cel mai mare nivel de modificare a acestuia a fost observat la copiii cu atașamente nesigure și dezorganizate. Rezultate asemănătoare au fost



descoperite și legat de modificări ale sistemului endocrin. De exemplu, s-au măsurat nivelurile de cortizol la copii mici înainte și după ”situația necunoscută” și au observat o creștere însemnată a acestora în cazul copiilor cu atașament nesigur-evitant, nesigur-anxios și dezorganizat, în timp ce la copiii cu atașament sigur a apărut o ușoară descreștere. Rezultatele legate de modificările sistemului imunitar nu sunt foarte clare, dar acestea conduc către ipoteza că imunoglobulina secretorie sIgA este de asemenea implicată.

Rezultatele înregistrate în cazul copiilor cu atașament nesigur-evitant sunt, în mod special, importante pentru o posibilă înțelegere a originii bolilor psihosomatice. Deoarece copiii cu atașament nesigur-evitant au înregistrat răspunsuri psihologice și endocrinologice însemnate, în ciuda unor reacții la stres exprimate comportamental reduse în ”situația necunoscută”, devine din ce în ce mai clar că strategia comportamentală a copiilor cu atașament evitant nu se datorează unei variante de temperament, dar poate fi pusă în legătură cu un comportament reprimat de atașare. Costurile suprimării în cazul exprimării emoțiilor și comportamentului sunt reprezentate de reacții sporite ale sistemelor reglatoare. Este bine cunoscut de la pacienții cu afecțiuni psihosomatice că aceștia nici nu simt și nici nu își exprimă deschis sentimentele, dar au reacții fiziologice și endocrinologice măsurabile la stres. O creștere sporită a nivelului în aceste sisteme reglatoare, care nu este exprimată nici comportamental, nici în comunicarea verbală ar putea predispuce la dezvoltarea de simptome și boli psihosomatice.

Adesea, atașamentul nesigur (în general) și cel dezorganizat (în mod special), sunt considerate a fi principalele cauze ale dezvoltării următoarelor dificultăți psihologice:

- tulburarea de personalitate de tip borderline (Fonagy, 2001);
- agorafobie
- comportamente suicidale la adolescenți (Carlson et al., 1989);
- depresie post-partum (Lyons-Ruth et al., 1989);
- vulnerabilitate la boli psihice
- incapacitatea de a răspunde judiciar (Lyons-Ruth et al., 1989);
- torticolis spasmodic (Cassidy, 2016).



Astfel, un număr din ce în ce mai mare de studii indică legături, în cazul variantelor grupuri cu grad mare de risc, între atașamentul nesigur din copilărie și afecțiunile psihice. Datorită frecvenței ridicate printre eșantioanele clinice, atașamentul dezorganizat din copilărie pare a avea o importanță deosebită în dezvoltarea diferitelor afecțiuni de sănătate mintală. Totuși, până în acest moment nu a fost posibilă formularea unei legături între anumite tipuri de atașament și anumite psihopatologii și este puțin probabil ca acest lucru să se întâmple. În schimb, atașamentul sigur și cel nesigur ar trebui privite ca factori de protecție și respectiv de risc pentru dezvoltarea simptomelor psihopatologice. Probabil că un atașament sigur ridică pragul de vulnerabilitate la stres, în timp ce atașamentul nesigur îl scade. Cercetări ulterioare sunt esențiale pentru clarificarea acestor probleme, iar astfel de cercetări sunt în desfășurare în întreaga lume.

Teoria tulburărilor de atașament

Atât psihologii în dezvoltarea copilului, cât și cercetătorii din domeniul psihopatologiei de dezvoltare atrag atenția asupra faptului că tiparele originale de atașament identificate de Mary Ainsworth (sigur, evitant, anxios) reprezintă tipare de adaptare care pot fi întâlnite la copiii și părinții din cadrul populațiilor non-clinice. În acest sens, se crede că atașamentul evitant, ale cărui anumite aspecte îi amintesc unui clinician de comportamentul psihopatologic, reprezintă o strategie comportamentală prin care copiii își pot adapta comportamentul de atașament la atitudinea propriilor părinți. În acest mod ei pot menține relația cu părintele chiar dacă de la o distanță mai mare. Din cauza faptului că acei copii cu atașament evitant par să știe că manifestarea dorinței lor de apropiere va fi întâmpinată cel mai probabil prin respingere, aceștia învață, încă din primul an de viață, să își inhibe astfel de comportamente de atașament cum ar fi refuzul de a se separa însoțit de strigate, plâns sau agățatul de părinte. În schimb, se țin la distanță de persoana de referință, evitând astfel să fie respinși. Atașamentul față de mamă poate fi menținut, dar cu prețul nevoii de apropiere a copilului (Powel, Cooper & Hoffman, 2017). În rândul acestor copii, comportamentul evitant în situațiile de atașament par a fi cea mai bună strategie de a minimaliza stresul provocat de respingerea comportamentului de atașare.




Comportamentele subsumate categoriei dezorganizat/dezorientat descoperite de către Main și Solomon (1990) nu pot fi privite ca strategii de adaptare; totuși, este sugerat că acei copii care le manifestă nu au la dispoziție niciun tipar de comportament adecvat pentru situații stresante, cum ar fi separarea și reuniunea. Denumirea de dezorganizat/dezorientat este dată atunci când copiii mici (puși în Situația Necunoscută) manifestă comportamente contradictorii care par derutante pentru un observator extern (alergatul spre mamă și apoi în direcție opusă, mișcări sacadate, activitate motorie repetitivă etc.). Aceste comportamente, care pot dura doar câteva secunde, dau impresia unei stări psihomotorii perturbate și reprezintă reminiscențe ale unor comportamente psihopatologice întâlnite în fazele dissociative la pacienții cu tulburare de stres posttraumatic. Ele pot fi observate cu o frecvență semnificativ mai mare la copiii cu grad mare de risc și care au avut experiențe traumatice. Main și colegii săi au descoperit că acești copii tind să se comporte într-o manieră controlată în timpul reuniunilor cu un părinte la vârsta de șase ani, manifestând un răspuns reglator - punitiv sau unul reglator - de îngrijire față de părintele care revine. La adulții cu grad mare de risc care au experimentat pierderi sau traume nerezolvate se întâlnesc, mai des decât s-ar fi așteptat, întreruperi în gândire și discurs în timpul IAA (Interviul Atașamentului la vârsta Adultă). Conform observațiilor curente, tiparul copilului este o stare relațională, pe când la adult acesta poate fi un stil sau o strategie de a gestiona, în general, gândurile și sentimentele legate de atașament.

În opoziție, clinicieni precum Lieberman și Pawl (1990) observaseră deja tipare de atașament foarte diferite în rândul grupurilor de copii bolnavi clinic sau copii ale căror relații cu părinții erau grav perturbate. Ei au văzut aceste tipare ca indicatori pentru „tulburările de atașament”. Lucrările lui Crittenden (1988, 1995) despre copii abuzați și neglijați au dus, de asemenea, la extinderea clasificării originale a tiparelor de atașament în cazul acestei categorii de copii. Ea a identificat câteva tipare specifice de comportament la acești copii cu grad mare de risc: unul este un amestec de comportament al atașării nesigur-evitant cu cel ambivalent, iar celălalt conține o mixtură de evitare și dezorganizare. Main și Solomon (1990) au observat de asemenea unele dintre aceste tipare și le-au încorporat clasificării lor ca dezorganizat-dezorientat. Asta înseamnă că acești cercetători au elaborat concepte și descrieri asemănătoare, dar nu identice,



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

pentru tipare de comportament similare. În cazuri extreme, ambele grupuri descrise de Crittenden (2009) au manifestat afecte și percepții distorsionate. Plecând de la experiența sa cu grupurile cu grad mare de risc, Crittenden a examinat de asemenea, la copii de vârstă preșcolară, idiosincrazii comportamentale, cum ar fi comportamentul de îngrijire compulsivă și supraadaptarea, acestea fiind ambele legate de tiparul de atașament evitant. În rândul copiilor cu atașament ambivalent/anxios, a descoperit un subgrup care manifesta un comportament agresiv amenințător și un altul care utiliza neajutorarea ca strategie comportamentală. A adăugat și un tipar punitiv pentru copiii de vârstă școlară. Comportamentele caracteristice acestui tipar variaua de la amenințări și retragere la copiii de vârstă școlară, la un comportament paranoic în cazul adolescenților. Aceste moduri extreme de comportare produc diferențe în deficitul afectiv și cognitive la copiii cu atașament evitant și ambivalent. După Crittenden, copiii cu atașament evitant utilizează procesele cognitive pentru a se apăra în fața propriilor emoții, în vreme ce procesele emoționale la copiii cu atașament nesigur-ambivalent sunt atât de intens activate, încât le diminuează abilitățile cognitive. Crittenden a postulat astfel o progresie fluidă de la tiparele de atașament care încă sunt sănătoase, până la variante ale calității atașamentului care se găsesc la limita cu psihopatologia. În toate diadele mamă-copil din eșantioanele de copii cu vârstă preșcolară cu grad mare de risc ale lui Crittenden, aceasta a descoperit că presupusul parteneriat care ar fi avut ca factor reglator un scop comun nu s-a dezvoltat. În schimb, comportamentele psihopatologice au devenit din ce în ce mai pronunțate cu vârsta. Aceste comportamente au fost observate, nu doar în relația principală a acestor copii și adolescenți, dar și în celelalte relații și interacțiuni zilnice ale lor.

Lieberman și Pawl (1990) au dezvoltat un Program Copil-Părinte comprehensiv în San Francisco care se concentra pe familiile defavorizate cu factori de risc social adiționali, precum sărăcia, șomajul și condițiile locative necorespunzătoare. Ei au tratat aceste familii cu grad ridicat de risc acasă pentru că exista posibilitatea ca acestea să nu accepte ajutor psihoterapeutic într-o instituție specializată. Observarea unei game extinse de tulburări ale atașamentului i-au făcut pe Lieberman și Pawl (1990) să formuleze o tipologie a tulburărilor de atașament la copii bazată pe credința că predispoziția pentru dezvoltarea atașamentului poate fi schimbată și distorsionată de



influențe externe sociale sau de o psihopatologie parentală severă până la punctul în care aceasta nu mai poate fi recunoscută ca ”legătură de atașament” de către cineva din afară. Observațiile și lucrul lor preliminar au condus teoria atașamentului înapoi în punctul de unde plecase inițial Bowlby: la studiul problemelor clinice grave. Este important de subliniat că nu numai psihopatologia parentală, dar și factorii sociali agravanți pot juca un rol considerabil în inhibarea dezvoltării unui atașament sănătos. Această perspectivă a oferit un imbold combinației de psihoterapie axată pe probleme sociale cu cea orientată către relația părinte-copil în cadrul Programului Copil-Părinte.

Ulterior a fost dezvoltat un cadru pentru atașament și afecțiunile legate de acesta, de la naștere până la 36 de luni, care descrie o „homeostază a atașamentului” (echilibrul funcțional fin dintre atașament și explorare) pentru fiecare dintre grupele de vârstă incluse și în mod special pentru primele luni de viață. Deviațiile de la această homeostază a atașamentului sunt descrise ca perturbații severe, moderate sau ușoare care fie stimulează prea mult sistemul de atașament (atașamentul ambivalent anxios), inhibând astfel explorarea, fie încurajează explorarea excesivă cu prețul unui atașament scăzut (evitant).

Încadrarea tulburărilor de atașament în manualele de diagnostic

Sistemul curent de diagnostic pentru afecțiuni psihiatrice și psihologice nu este adecvat pentru clasificarea afecțiunilor atașamentului ca forme psihopatologice grave. O examinare a manualelor de diagnostic de la ICD-8 până la ICD-10 și a DSM III, IV și V evidențiază faptul că nu este posibilă nicio clasificare adecvată a diagnosticelor din multitudinea și severitatea tulburărilor de atașament care pot fi observate constant în practica clinică (Cassidy & Shaver, 2016).

În cadrul ICD-8, diagnoza tulburărilor emoționale ale copiilor nu era luată în considerare, ICD-9 a cuprins următoarele tulburări emoționale specific vârstei copilăriei și adolescenței (313): anxietatea și frica (313.0), suferința și nefericirea (313.1), sensibilitatea, timiditatea și retragerea socială (313.2) și problemele de relaționare (313.3) (Cassidy & Shaver, 2016), iar ICD-10 face



diferența între „Tulburarea reactivă de atașament” (F94.1) și „Tulburarea de atașament de tip dezinhibat” (F94.2).

Tipul „**Tulburarea reactivă de atașament**” din ICD-10 descrie copiii care sunt foarte reticenti la a se atașa față de adulți și care reacționează cu ambivalență și frică la persoanele de referință (i.e. F94.1) Tiparele de relaționare socială prezintă anomalii persistente și sunt asociate cu perturbări emoționale și reactive la schimbările din ambianță. ”Teama excesivă și hipervigilența, care nu răspund la calmare/liniștire, sunt caracteristice; interacțiunea socială cu copii de vârstă similară este slabă, auto și heteroagresiunile sunt foarte frecvente, tristețea este obișnuită”. Tiparele comportamentale anormale apar înaintea vârstei de cinci ani. ICD 10 menționează ca principale cauze: neglijența parentală severă, abuzul și relele tratamente aplicate copilului. Pentru Tipul ”**Tulburarea de atașament de tip dezinhibat**” (i.e., F94.2) observăm tabloul clinic opus: o disponibilitate dezorganizată, dezinhibată de a se atașa de cele mai variate tipuri de persoane. Funcționarea socială anormală poate fi observată din primii cinci ani de viață și care persistă în ciuda modificărilor notabile ale circumstanțelor mediului ambiental. ”La vârsta de 2 ani se manifestă de obicei prin adezivitate și printr-un comportament de atașate difuz și necentrat selectiv. La 4 ani se mențin atașamentele difuze, însă adezivitatea tinde să fie înlocuită de un comportament de captare a atenției și prietenos nediscriminatoriu. În copilăria mijlocie și târzie indivizii pot sau nu să dezvolte atașamente selective, dar comportamentele de captare a atenției persistă deseori, iar interacțiunea slab modulată cu alți copii este obișnuită. Totodată, mai pot fi asociate și alte perturbări emoționale și comportamentale.” Și aceste tipuri de comportamente sunt considerate consecințe directe ale abuzului și neglijenței extreme fizice și/sau emoționale, sau rezultate ale schimbării constante a persoanei de referință.

Există și alte diagnostice în clasificarea ICD 10 care pot avea legătură cu calitatea relației de atașament, cum ar fi: „Tulburarea de conduită limitată la contextul familial” (F91.0) - caracterizează prin comportament agresiv și disocial, limitat la domiciliu și la interacțiunea cu membrii familiei nucleare; ”Tulburarea de conduită nesocializată” (F91.1) - caracterizată printr-un comportament disocial sau agresiv persistent și cu o anomalie extinsă și semnificativă a relațiilor cu alți copii; ”Tulburarea de conduită socializată” (F91.2) – caracterizată printr-un



comportament disocial și agresiv, însă, spre deosebire de tulburarea anterioară indivizii sunt de regulă bine integrați în grup; sau „Tulburarea de Anxietate de Separare” (F93.0).

În cadrul DSM IV ”Tulburarea reactivă de atașament a perioadei de sugar sau a micii copilării” este listată în cadrul categoriei ”Alte Tulburări ale perioadei de sugar, copilăriei sau adolescenței” și cuprinde cele două tipuri: 1. **Tipul inhibat**, în care perturbarea predominantă este incapacitatea persistentă de a iniția și de a răspunde la cele mai multe interacțiuni sociale într-un mod corespunzător din punct de vedere evolutiv; 2. **Tipul dezinhibat**, în care perturbarea predominantă în relaționarea socială o constituie sociabilitatea indiscriminativă ori lipsa de selectivitate în alegerea persoanelor de atașament. Manualul DSM IV prezintă și câteva posibile cauze ”...spitalizarea prelungită a copilului, penuria extremă sau lipsa de experiență parentală.. Neglijarea extremă - și în special îngrijirea instituțională, cu oportunități limitate de a forma atașamente selective – crește riscul apariției tulburării” (DSM IV TR, 2003). Totodată sunt menționate și câteva tulburări care se pot asocia: ”întârzierea în dezvoltare, tulburarea de alimentare a perioadei de sugar sau a micii copilării, cu pica ori cu ruminația” (DSM IV TR, 2003).

În cadrul DSM V apare o nouă categorie de tulburări care anterior (DSM IV inclusiv) erau sub mai multe umbrele: 1. *Tulburările de anxietate* - Sindromul de stres acut, Tulburarea de stres post-traumatic; 2. *Alte Tulburări ale perioadei de sugar, ale copilăriei sau adolescenței* – Tulburarea de atașament reactivă (inhibat/dezinhibat); precum și sub umbrela *Tulburărilor de adaptare*. Plecându-se de la faptul că aceste tulburări au în comun expunerea individului la contexte și situații stresante și/sau extreme, noua categorie prezentă în DSM V poartă denumirea de ***Tulburări ce au legătură cu Trauma și Stresul***. Din această categorie fac parte: Tulburarea reactivă de atașament, Tulburarea de angajament social dezinhibat, Tulburarea de stres post-traumatic, Sindromul de stres acut, Tulburările de adaptare, Alte tulburări specifice ce au legătură cu trauma și stresul, Tulburări nespecifice ce au legătură cu trauma și stresul. Spre deosebire de toate celelalte manuale de diagnostic, DSM V oferă cea mai amănunțită descriere a tulburărilor de atașament (vezi tabelul de mai jos).



Tulburarea reactivă de atașament	
A. Tipare comportamentale consistente de inhibiție și retragere emoțională în relațiile cu persoanele semnificative	1. Rareori sau la un nivel minimal caută confortul emoțional atunci când resimte stres
	2. Rareori sau la un nivel minimal răspunde pozitiv (se liniștește) atunci când i se oferă confort emoțional
B. Afectare persistentă a planurilor social și emoțional	1. În relațiile cu ceilalți prezintă răspunsuri emoționale și sociale minimale
	2. Afect pozitiv limitat
	3. În cadrul interacțiunilor cu îngrijitorii manifestă episoade inexplicabile de iritabilitate, tristețe sau frică chiar și atunci când contextul nu este amenințător
C. Istoric cu lipsă de îngrijire extremă, cum ar fi:	1. Neglijare socială sau deprivare
	2. Schimbări repetate ale îngrijitorilor primari
	3. Dezvoltarea în contexte sociale ce limitează semnificativ oportunitatea de a dezvolta relații de atașament primar
Angajament social dezinhibat	
A. Tipare comportamentale de apropiere și de interacțiune cu persoane adulte necunoscute cum ar fi:	1. Reticență redusă sau absentă în a interacționa cu persoane adulte străine
	2. Comportamente verbale și fizice extrem de familiare cu persoanele adulte străine
	3. Comportamentele de reasigurare cu îngrijitorii sunt reduse sau absente
	4. Dorința de a pleca cu persoane adulte străine



B. Comportamentele de la criteriul A nu se limitează la impulsivitate, ci mai degrabă reprezintă un comportament social dezinhibat	
C. Istoric cu lipsă de îngrijire extremă, cum ar fi:	1. Neglijare socială sau deprivare
	2. Schimbări repetate ale îngrijitorilor primari
	3. Dezvoltarea în contexte sociale ce limitează semnificativ oportunitatea de a dezvolta relații de atașament primar

În sistemul de clasificare multiaxială a tulburărilor psihologice ale copilăriei și adolescenței, dezvoltat de Remschmidt și Schmidt (Cassidy & Shaver, 2016) mare parte a factorilor de stres care au potențial de a afecta dezvoltarea atașamentului este listată ca *tulburări psihosociale anormale asociate și relevante* (axa a cincea). Acestea cuprind relații familiale anormale caracterizate prin lipsa de căldură în relația părinte-copil, respingerea cu ostilitate a copilului însoțită de abuz fizic sau sexual și neînțelegerile dintre adulții din familie. Alți factori de risc sunt tulburările psihiatrice ori comportamentul deviant ale unui dintre părinți; comunicațiile interfamiliale distorsionate sau inadecvate; condițiile de creștere anormale (care cuprind atât grija parentală exagerată, cât și îndrumarea și supravegherea inadecvate), precum și împrejurimile imediate anormale, creșterea instituționalizată, pierderea unei persoane de referință iubitoare, circumstanțele amenințătoare care rezultă din lăsarea copilului în grija unor persoane străine, relațiile familiale modificate în sens negativ care rezultă din apariția unui nou membru în familie, evenimentele care pot duce la o stimă de sine scăzută, abuzul sexual și experiențele care provoacă instantaneu anxietate. În plus, evenimentele relevante pentru atașament, precum „persecuția sau discriminarea” și „migrația și transplantarea socială involuntară”, sunt listate ca „factori sociali de risc”. Aceste evenimente au în comun potențialul de a conduce la deteriorarea severă a experienței legate de atașament și relații a copilului.

Manualul *Clasificarea diagnosticelor: 0-3 – Clasificarea diagnostică a sănătății mintale și a tulburărilor de dezvoltare ale copilăriei timpurii* (DC: 0-3, 1994) care a fost dezvoltată în



mod specific pentru sugari și copii mici, listează de asemenea „Tulburările Anxioase”, „Reacția prelungită de doliu/durere”, „Depresia”, „Tulburările Mixte de Expresivitate Emoțională” ca tulburări afective (categoriile de diagnostic 201-204), precum și „Tulburarea de adaptare”, „Tulburări de autoreglare a procesării senzoriale”, și „Tulburarea de deprivare sau maltratare”. Cauza tuturor se presupune a fi neglijarea și abuzul pe termen lung din partea părinților. Acestea sunt atât de accentuate încât subminează sentimentul fundamental de atașament și siguranță al copilului. Disponibilitatea fizică și cea emoțională a părinților pot fi atât de inconsistente (e.g. în cazurile de depresie ale adulților sau abuz de droguri), încât copilului îi este imposibil să construiască un atașament față de vreun îngrijitor. Condițiile de mediu stresante cum ar fi schimbarea constantă a îngrijitorilor, instituționalizarea sau spitalizarea pe termen lung pot, de asemenea, împiedica dezvoltarea unei relații bazate pe un atașament sigur.

Alte clasificări ale tulburărilor de atașament

Literatura de specialitate prezintă adesea clasificări diferite ale tulburărilor de atașament (Lieberman & Pawl, 1990; Zeanah, 2019). Însă, chiar dacă au alte denumiri, aceste tipologii au la bază aceleași principii de calitate redusă a relației adult-copil:

- ***Comportamentul atașamentului cu inversarea rolurilor***

Acest tip de tulburare de atașament se caracterizează prin inversarea rolurilor între figura de atașament și copil (parentificare). Copilul este excesiv de preocupat de figura de atașament și își asumă responsabilitatea pentru aceasta, limitându-și substanțial explorarea împrejurimilor sau renunțând de bunăvoie la aceasta de îndată ce figura de atașament semnalează o nevoie de ajutor și sprijin. A intervenit o inversare a rolurilor de atașament părinte-copil (Sameroff, 2000).

Copilul face totul pentru a rămâne aproape de figura de atașament, indiferent dacă se află într-un mediu familiar sau necunoscut. Copilul are o atitudine prietenoasă, este excesiv de preocupat, încercând să dețină controlul atunci când „este umbra” figurii de atașament. Este de remarcat cât de neobișnuit de sensibil este copilul la bunăstarea celuilalt. Acești copii se tem de pierderea figurii de atașament ca urmare, de exemplu,



a amenințărilor cu sinuciderea, a unei tentative reale de sinucidere sau a divorțului iminent. Dacă a pierdut un părinte care s-a sinucis sau a ”dispărut”, copilul poate manifesta un comportament excesiv de preocupat, cu inversarea rolurilor, față de părintele rămas.

Comportamentul copiilor care inversează rolurile este aparent asemănător cu cel manifestat de copiii cu atașament sigur, deoarece și ei percep nevoile figurii de atașament și răspund prin comportamentul lor. Cu toate acestea, în cazul copilului cu tip de atașament sigur, interacțiunea dintre mamă și copil este mai intensă și reciprocă, iar acest lucru duce la un tip de dezvoltare pozitivă a copilului care promovează explorarea. Dimpotrivă, în cazul tulburării de atașament cu inversarea rolurilor, părinții nu resimt în egală măsură și nu răspund nevoii de ajutor sau de proximitate a copilului. Diferența este că un copil cu tip de atașament sigur care are grijă de părintele său nu o face atunci când, la rândul său, are nevoie de îngrijire și nici nu o face în mod compulsiv.

- ***Tulburarea de atașament cu comportament de dependență***

În cazul în care deprivarea emoțională timpurie a fost severă, se pot dezvolta comportamente asemănătoare dependenței, inclusiv tulburări de dependență. În aceste cazuri, la semnalele copilului care indică nevoia de apropiere, protecție și securitate nu se răspunde prin contact fizic, ci printr-un comportament mai puțin bine adaptat, cum ar fi hrănirea. Copilul descoperă rapid că i se reduce stresul resimțit, însă nevoia reală a rămas nesatisfăcută. Ca rezultat, poate repeta solicitările, poate plânge, însă, din nou, nu i se poate oferi nimic altceva, în afară de mâncare. Acest lucru va duce la îngrășare rapidă și, în cele din urmă, la tulburări de alimentație. Acest tip de comportament de dependență poate fi direcționat cu timpul către alte obiecte care reduc pe termen scurt stresul, cum ar fi activitatea neîncetată și fără scop, dependența de jocuri video sau de computer, dependența de muncă sau învățatul obsesiv și relațiile obsesive. Cu toate acestea, se poate manifesta și prin dependența de alimente, alcool sau droguri. Obiectul substituției care provoacă dependență, înlocuind o relație sensibilă de atașament pentru



a regla stresul, este în esență interșanjabil. Poate include interesul constant pentru relații pe termen scurt, mereu altele, inclusiv cele sexuale, fără o implicare emoțională reală cu o altă persoană. O substanță care provoacă dependență are avantajul că este disponibilă sau ușor de dobândit și controlat în orice moment. Dacă nu este disponibilă, pot apărea simptome de sevraj emoțional și chiar fizic, în funcție de substanța în cauză. Persoana care caută atașamentul emoțional autentic dezvoltă un atașament patologic față de respectiva substanță care provoacă dependență, ca surogat pentru o figură reală de atașament. Această formă de tulburare de atașament este foarte greu de ”tratată”, deoarece substanța care provoacă dependență este de obicei mai ușor disponibilă și reduce stresul mai rapid decât o figură reală de atașament față de care trebuie mai întâi dezvoltat un atașament. Și tocmai aceasta este problema, deoarece persoanele cu o tulburare de atașament se tem în general să se implice în mod real, motiv pentru care intervenția psihologică este foarte dificilă. Iar când își dau consimțământul pentru psihoterapie, o fac cu o mare anxietate și, prea des, întrerup relația rapid.

Diagnostic diferențial

Tulburările de atașament nu trebuie diagnosticate înainte de luna a opta de viață, deoarece frica de străini și anxietatea de separare reprezintă un predictor bun până la această vârstă; cele două elemente reprezentând o fază tipică a dezvoltării. Problemele psihopatologice trebuie observate timp de cel puțin 6 luni, în diverse situații relaționale.

Deoarece simptomatologia tulburărilor de atașament cuprinde elemente comune cu alte tulburări de sănătate mintală este foarte important să se facă deosebirea dintre acestea. De exemplu, există numeroase asemănări între tulburările de atașament și tulburarea de spectru autist, tulburarea hiperkinetică cu deficit de atenție sau tulburarea bipolară.

Tulburarea de spectru autist

Simptomele tulburării de spectru autist pot fi confundate cu ușurință cu tiparele tulburării de atașament reactive. De exemplu, copiii cu autism evită contactul vizual însă spre deosebire de



copiii cu tulburare reactivă de atașament, aceștia protestează rareori la separare atunci când figura de atașament părăsește încăperea.

ICD 10 precizează că ”tulburările pervazive ale dezvoltării se diferențiază de Tulburarea Reactivă de Atașament prin cinci trăsături principale: 1. Copiii cu tulburare reactivă de atașament au capacitatea de a stabili relații sociale echilibrate și adaptate, capacitate care lipsește celor cu tulburări pervazive ale dezvoltării; 2. Deși tiparele anormale de răspuns social din tulburarea reactivă de atașament sunt inițial o trăsătură generală a comportamentului copilului, într-o varietate de situații și într-o anumită perioadă de timp remisiunea este bună când copilul este plasat într-un mediu favorabil creșterii, care îi oferă îngrijire adaptată și permanentă. Ceea ce nu se întâmplă în cazul copiilor cu tulburări pervazive ale dezvoltării; 3. Deși copiii cu tulburare reactivă de atașament manifestă o afectare a dezvoltării limbajului, ei nu manifestă trăsături anormale de comunicare caracteristice autismului; 4. Spre deosebire de autism, tulburarea reactivă de atașament nu este însoțită de deficiente cognitive severe, ce nu răspund la modificări ambientale adecvate; 5. Tiparele de comportament persistent limitate, repetitive nu sunt trăsături ale tulburărilor reactive de atașament.”

În general, formele ușoare de tulburări de spectru autist pot fi confundate cu atașamentul evitant. Diagnosticul diferențial trebuie stabilit în baza unui istoric al dezvoltării tulburării și al manifestării acesteia la respectivul copil — fie în situații individuale, fie în general. Acest istoric poate fi combinat cu un interviu clinic cu părinții și cu aplicarea unor chestionare. În unele cazuri, poate fi dificil de identificat tipul de tulburare, acest lucru necesitând un examinator cu experiență clinică.

Tulburarea hiperkinetică cu deficit de atenție și tulburarea bipolară

Istoricul familial în cazul ADHD poate cuprinde părinți sau bunici cu ADHD, cu dificultăți academice, consum de alcool sau alte substanțe, în timp ce istoricul familial în cazul tulburării reactive de atașament (TRA) poate cuprinde abuz, neglijare, și tulburări severe emoționale și comportamentale, consum de alcool și substanțe, părinți care la rândul lor au experimentat abuzul și neglijarea. În cazul tulburării bipolare (TB) istoricul familial implică tulburări ale dispoziției afective, consum de alcool și substanțe, ADHD, adopția.



Cauzele apariției ADHD și TB sunt genetice exacerbate de stres, în timp ce cauzele apariției TRA sunt strict psihologice secundare abuzului, neglijării și abandonului.

Evoluție - ADHD este o tulburare continuă cu o ușoară tendință de îmbunătățire de-a lungul timpului. TB se înrăutățește de-a lungul timpului și cuprinde simptome din ce în ce mai severe și dramatice. Evoluția TRA este strâns legată de circumstanțele de viață, intervenția psihologică și temperamentul înnașcut al individului. Dacă nu se intervine eficient se poate înrăutăți putând chiar să rezulte o tulburarea de personalitate antisocială.

Atenția – ADHD: de scurtă durată, cu o afectare semnificativă a productivității; TB: este influențată de interesul și motivația individului, prezentând o distractibilitate ridicată; TRA: poate fi prelungită datorită hipervigilenței, însă sub influența stresului poate avea valori reduse.

Impulsivitate – ADHD: secundară neatenției sau lipsei informațiilor, sunt prezente regretele; TB: lucrurile/contextele sunt irezistibile, se caută senzațiile tari, puține regrete; TRA: gândire cauză-efect slabă, fără regrete.

Stima de sine – ADHD: determinată de performanțele obținute, de obicei scăzută; TB: scăzută datorită impredictibilității stărilor emoționale; TRA: scăzută datorită abuzului, neglijării, abandonului, sentimentului de a fi de neiubit. Adesea este mascată de furie.

Atitudine – ADHD: prietenos într-o manieră autentică; TB: impredictibil, negativist, schimbător; TRA: încântător la un nivel superficial, fals, distant emoțional, neîncrezător.

Învinovățire - ADHD: mecanism de autoprotecție pentru a preveni consecințele negative; TB: neagă faptul că ei ar fi cauza unui lucru care merge mai puțin bine vs asumarea totală a responsabilității; TRA: rejectarea oricărei responsabilități, lipsa empatiei.

Furie și iritabilitate – ADHD: situațional în legătură cu suprastimularea, rezistență scăzută la frustrare și nevoia imediată de gratificare, episoadele de furie sunt de obicei scurte; TB: provocate de încercarea altor persoane de limita și controla comportamentele excesive, pot fi de lungă durată, comportamente deschise; TRA: cronice, apar în special din nevoia de răzbunare, adoptarea poziției de victimă în căutare de represalii distructive, agresiv cu cei care nu se pot apăra sau cu animalele.



Relațiile de prietenie – ADHD: își face ușor prieteni însă îi menține cu greu; TB: poate fi carismatic sau depresiv, în funcție de stare. Conflictelor sunt regula în relațiile lor; TRA: puține și lipsite de profunzime, pline de control și manipulare. Incapabili să le mențină.

Sensibilitate - ADHD: ignorant cu circumstanțele înconjurătoare (situații & persoane), reacții neadecvate din punct de vedere social; TB: foarte conștient de circumstanțe, ”reactor emoțional”; TRA: hipervigilent, pentru a compensa neajutorarea resimțită în trecut. Repertoriu emoțional redus, lipsit de sensibilitate.


Tulburări de somn – ADHD: suprastimulare înainte de somn, însă odată adormit ”doarme bușean”; TB: dificultăți cu somnul generate de mintea care produce gânduri non-stop, coșmaruri; TRA: hipervigilența conduce la dezvoltarea unui ”somn ușor”, are nevoie de puțin somn și se trezesc devreme.

Anxietate – ADHD: rar întâlnită și de obicei în legătură cu performanța; TB: potențial crescut pentru anxietate, diferite frici și fobii, simptome somatice des întâlnite; TRA: pare invulnerabil, o slabă conștientizare și asumare a propriilor frici.

Sexualitate – ADHD: emoțional imatur și naiv din punct de vedere sexual; TB: pseudomaturitate emoțională, supraconștientizarea a planului sexual și nivel crescut al activității vs lipsa totală a interesului față de planul sexual; TRA: utilizează sexul ca un mijloc de dominare, control sau să provoace suferință.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Capitolul 3 Evaluarea tulburărilor de atașament

3.1. Evaluarea comportamentelor

3.2 Evaluarea copilului

3.3. Evaluarea adultului

3.4. Metoda testelor proiective

3.5. Determinarea tipurilor de atașament ale persoanelor

de referință



Evaluarea tulburărilor de atașament

Evaluarea cuprinde întotdeauna un istoric detaliat al tipului, duratei, debutului, gradului, variațiilor și contextelor în care apare comportamentul de atașament. Totodată, include și evaluarea acestuia în timpul interacțiunii cu diferite figuri de atașament în contexte explorative (situații de joacă) și/sau specifice atașamentului (cum ar fi o separare) și, dacă este posibil, identificarea posibilelor situații traumatice din copilăriei.

Apoi, un medic pediatru efectuează un examen fizic pentru a exclude condițiile fizice care ar fi putut cauza comportamentul. Acestea includ, printre altele, handicapuri neurologice sau tulburări metabolice, care pot duce la întârzieri în dezvoltare și la problemele comportamentale observate la copiii cu tulburări de atașament.

Metodele și procedurile cu ajutorul cărora este evaluată calitatea relației de atașament se împart în două mari categorii: **Evaluarea comportamentelor** de atașament manifestate de copil și de adult în cadrul relației, precum și prin interviuri menite să ofere informații despre modelele interne de funcționare. Prima fiind reprezentată cel mai bine de experimentul ”Situția Stranie”, iar cea de a doua de **Testele Proiective** la care copilul trebuie să spună/să completeze o poveste plecând de la o imagine vagă sau să creeze o poveste cu ajutorul diferitelor materiale (păpuși, animale de pluș, desen etc).

Evaluarea comportamentelor

Tulburările în interacțiunea părinte-copil sunt cel mai bine diagnosticate prin metoda observării directe cu ajutorul înregistrărilor video și al microanalizei. Schimbatul scutețelor, joaca și hrănirea sunt ocazii excelente de a înregistra interacțiunile mamă-copil sau tată-copil, care pot fi apoi analizate. Evaluarea sensibilității parentale conform scalei lui Ainsworth (1978) este calitativă și poate fi completată cu metode microanalitice, după caz. Aceste metode ne permit să analizăm atât expresiile faciale ale părinților, cât și ale sugarului: gesturile, atingerea, contactul



vizual, armonia din interacțiunea dintre ei etc. Tulburările de autoreglare a procesării senzoriale (hipersensibilitatea, hiposenzitivitatea și căutarea stimulării senzoriale) pot fi adesea precursori ai tulburărilor de atașament și pot fi observate în interacțiunile timpurii părinte-copil.

Într-un mediu controlat, calitatea atașamentului este analizată folosind experimentul *Situația Stranie* al lui Ainsworth (Ainsworth, 1978), care poate fi realizat după aproximativ a 12-a lună de viață și este valabil până la aproximativ a 19-a lună de viață. Acesta constă într-un număr total de opt episoade, fiecare dintre ele putând avea durata de 3 minute. În primul rând, mama și copilul se află într-o cameră de joacă necunoscută. Apoi intră în cameră un străin și, când aude o bătaie în ușă, mama iese din cameră. Se efectuează în total două separări, iar comportamentul copilului este evaluat în funcție de reacția sa la întoarcerea mamei. Această evaluare constituie baza unei aprecieri calitative și cantitative a comportamentului de atașament (Powell et al., 2017).

Evaluarea copilului

Evaluarea copilului se concentrează pe simptome, istoricul de dezvoltare, modelele interne de funcționare și calitatea relațiilor curente. În esență, tulburările legate de atașament sunt tulburări de relaționare. Ca atare, copilul trebuie privit în contextul familial din trecut și prezent, precum și din perspectiva altor relații semnificative.

Problemele din prezent

Evaluarea comportamentelor simptomatice este realizată de către persoanele care îngrijesc copilul în momentul prezent – părinți, părinți adoptivi, profesori, educatori etc. Există șase categorii de simptome ce pot fi urmărite: comportamentale, cognitive, afective, sociale, fizice și moral/spirituale. Aceste simptome trebuie gândite de-a lungul unei axe ce pleacă de ușor și ajunge până la sever. Copiii variază foarte mult în ceea ce privește numărul de simptome manifestate simultan dar și în ceea ce privește severitatea fiecărui simptom. De-a lungul dezvoltării simptomele se pot schimba ca frecvență și ca durată. Fără intervenție specifică simptomele se înrăutățesc odată cu înaintarea în vârstă.

Cele șase categorii de simptome sunt (Brisch, 2012):

- *Simptome comportamentale*



Copilul cu tulburări de atașament manifestă o serie de comportamente de externalizare cum ar fi comportamentul antisocial și agresiv. Adesea este autodistructiv (lovituri cu capul, tăiere), manifestă gesturi suicidale precum și alte comportamente de auto-sabotare (expuneri de situații riscante). Distruge proprietatea proprie sau a altor persoane. Este foarte întâlnită impulsivitatea și agresivitatea orientată către alți copii și adulți. Această agresivitatea poate fi exprimată în mod deschis, cum ar fi actul de violență fizică, sau pasiv-agresiv, cu ar fi manipularea sau dominarea. Poate fi întâlnită cruzimea față de animale (adesea acest comportament este unul ascuns). Furtul din gospodărie, dar și în afara acesteia. Mințitul patologic în care copilul rămâne ”înșelător” în ciuda tuturor evidențelor care îi dovedesc contrariul. Odată cu afilierea la partea întunecată (rău) a existenței manifestă preocupare pentru foc, sânge, moarte etc. (Vivien & Danya, 2006). Se poate prezenta într-o lumină pozitivă, manifestând sinceritate și disponibilitate socială, însă aceste comportamente au la bază motive personale. De exemplu, specialiștii adesea pleacă de la supoziția că toate comportamentele de colaborare ale copilului sunt autentice și sincere, când de fapt sunt forme de manipulare și control. Problemele alimentare de genul mancatului compulsiv și strângerea mâncării în exces, pot reflecta o dificultate de control a impulsului dar și o nevoie de a-și umple golul emoțional din interior. Copilul care a fost abuzat sexual poate manifesta comportament sexual neadecvat, atitudini și preocupări vis-a-vis de victimizarea altor persoane, masturbare excesivă, seducție manipulativă și joc cu tentă sexuală. Dificultățile de somn pot include coșmaruri recurente, pavor nocturn, tipare de somn neobișnuite, somnambulism etc. Enurezisul și encompresisul sunt manifestări ale furiei, agresivității, dificultăților legate de control, precum și a dereglărilor fiziologice. Comportamente opoziționiste și sfidătoare extreme ce includ refuzul de a se conforma autorității. Comportamente sociale intruzive și de manifestare a îndreptăririi. Întrebări insistente fără sens și vorbit neîncetat.

- *Simptome cognitive*



Lipsa gândirii de tipul cauză-efect este cel mai evident simptom cognitiv. Incapacitatea de a recunoaște și de a înțelege relația dintre acțiuni și consecințe. Astfel, copilul rareori își asumă responsabilitatea pentru propriile alegeri și acțiuni, preferând să-i învinuiască pe cei din jur. În ceea ce privește stilul cognitiv (modelele interne de funcționare), se percepe pe sine ca neputincios, lipsit de valoare, nedorit și ”rău”. Pe îngrijitori în percepe ca fiind amenințatori, de neîncredere și indisponibili, iar lumea ca fiind nesigură și ostilă. Se definește pe sine ca fiind o victimă neajutorată care nu are niciun control asupra mediului, sau invers, ca fiind atotputernic, cu o perspectivă grandioasă în ceea ce privește propria importanță ca mecanism de apărare în fața sentimentului de neajutorare. Din cauza deteriorării neuronale timpurii (sindromul alcoolic fetal, abuz fizic sever, neglijare emoțională severă etc) pot apare tulburări de limbaj sau de învățare (Brisch, 2012).

- ***Simptome afective***

Principalele emoții pe care copilul cu tulburare de atașament le experimentează sunt stările intense de furie, frică, suferință și rușine. Drept răspuns la pierderile nerezolvate experimentate în trecut, copilul apare ca fiind lipsit de motivație și depresiv. Crizele de furie și reacțiile mânioase sunt des întâlnite. Este instabil emoțional cu schimbări frecvente și impredictibile de stare. Datorită evitării și negării propriile emoții, precum și datorită lipsei de suport din partea adulților în ceea ce privește exprimarea emoțională, copilul nu este capabil să identifice și să-și exprime propriile emoții într-un mod constructiv. Experimentează o rușine intensă în ceea ce privește propriile experiențe nefericite precum și în ceea ce privește manifestările în exterior către ceilalți (solicitarea ajutorului etc) (Jude Cassidy & Phillip Shaver, 2016)

- ***Simptome sociale***

Noncomplanța cronică se manifestă la nivel interpersonal prin lupte pentru control, sfidarea regulilor și a autorității, și inabilitatea de a tolera limitele impuse din exterior. Astfel, copilul cu tulburare de atașament intră adesea în conflicte cu părinții, îngrijitorii, profesorii, covârștinii etc. Manipularea, controlul și exploatarea sunt forme



de relaționare des întâlnite, iar abilitatea de a dezvolta relații intime bazate pe încredere, afecțiune și autenticitate este extrem de redusă. Lipsa de încredere în ceilalți (rezultat direct al unor îngrijitori indisponibili și abuzivi în copilărie) este supracompensată prin pseudo-independență și autosuficiență. Se angajează superficial în relații, nediscriminatoriu cu străinii, și nu se implică în relații de lungă durată cu sens. Lipsa contactului vizual atunci când interacțiunea devine intimă emoțional, însă îl menține foarte bine atunci când dorește să controleze și să seducă. Principalele rolurile sociale dezvoltate și asumate sunt cel de victimă (neajutorat, lipsit de putere etc) și/sau cel de agresor (bully, agresor etc) (Jude Cassidy & Phillip Shaver, 2016). Învinovățirea celor din jur pentru propriile greșeli și neasumarea responsabilității pentru propriile acțiuni și alegeri, îi frustrează pe ceilalți și îi îndepărtează.

- ***Simptome fizice***

Corpul copilului cu tulburare de atașament ”depozitează” și exprimă multă furie, frică, tristețe și suferință emoțională. Din punct de vedere corporal sunt rigizi și tensionați cronic. Se apară fizic împotriva apropierii și a contactului. Mușchii pieptului sunt în mod particular rigizi ca o reacție de a suprima anxietatea și frica, ceea ce conduce la o respirație superficială și restricționată. Tensiunea de la nivelul gâtului și a feței blochează impulsul de a plânge. Se distanțează de cei din jur prin mișcări corporale specifice (pas mic în spate, trage umerii către spate etc). Prin faptul că privește în gol și că are expresii faciale minime, poate fi comparat cu un robot. Problemele legate de igiena personală sunt des întâlnite. Se mândrește foarte puțin cu felul în care arată și cu spațiul personal, adesea refuzând să se spele, să-și perieze dinții sau să facă curat în cameră. Este înclinat către accidentări fizice și adesea se rănește. Accidentările minore sunt amplificate și dramatizate astfel încât să capete atenție prin intermediul comportamentelor de manipulare și control. În contraponderă, accidentările grave sunt ascunse pentru a evita sentimentul de vulnerabilitate și răspunsul de ajutor din partea îngrijitorilor. Evită atingerea tactile; rigiditatea corporală este o formă de protecție împotriva contactului uman dar și o reacție somatică la trauma inițială. Din punct de



vedere genetic, în istoricul familiei există numeroase probleme cu bază biologică cum ar fi depresie, abuz de substanțe, agresivitate patologică etc (Brisch, 2012).

- ***Simptome spiritual/morale***

Sănătatea spirituală poate fi definită în numeroase moduri: ca o stare de bine, nu doar ca absența bolilor; capacitatea de a fi împăcat cu sine și în armonie cu mediul; un sentiment de putere și valoare personală, precum și un sentiment al controlului în viața personală; sentimentul de a fi conectat la sinele profund și la ceilalți din jur, și de a avea o perspectivă pozitivă asupra tuturor lucrurilor; un scop, sens și speranță. Copilul cu tulburare de atașament prezintă foarte puține caracteristici din cele menționate anterior deoarece spiritualitatea este despre relație/relații. Acest copil manifestă dificultăți majore în ceea ce privește implicarea în relații intime de lungă durată. În cadrul relațiilor el nu prezintă un sentiment al valorii personale și acționează în baza interesului personal. Se simte deconectat de toate și de toți, inclusiv în cadrul relațiilor spirituale (Jude Cassidy & Phillip Shaver, 2016). Din moment ce copilul cu tulburare de atașament refuză orice autoritate parentală, nu este de mirare că refuză și conceptul unei "figuri autoritare supreme". În loc să aibă percepția unei puteri superioare iubitoare și binevoitoare, copilul îl vede pe Dumnezeu ca fiind rău și crud (o proiecție a propriei negativități), sau se pot percepe ca nefiind vrednici de iubirea lui Dumnezeu. Adesea îl învinovățește pe Dumnezeu pentru dificultățile personale și se gândește "că nu are nicio relevanță să fii bun". Abuzurile timpurii și atașamentul compromis au rănit sufletul copilului lăsându-l cu cicatrici. El nu este în armonie cu idealurile spirituale și cu scopul suprem. Credința, iertarea, compasiunea și altruismul îi sunt străine. Rollo May scria "Când copiii nu sunt iubiți adecvat ei dezvoltă o înclinație de a se răzbuna pe lume, o nevoie de a distruge lumea astfel încât să nu mai fie bună pentru ceilalți așa cum nu a fost bună pentru ei" (May Rollo, 1974). Copilul cu tulburare de atașament nu se dezvoltă din punct de vedere moral și etic. Experimentează puțină remușcare, lipsa compasiunii și a empatiei, și are o conștiință slab dezvoltată. Nu își dezvoltă un sentiment al familiei, comunității, interdependenței, sau al dorinței de a coopera cu alții



– lucruri care sunt adânc înrădăcinate în evoluția noastră. Deși știe diferența dintre bine și rău, preferă să aleagă răul, fără să se gândească la consecințe, fără vreo preocupare pentru ceilalți, și fără asumarea responsabilității pentru propriile acțiuni.

Evaluarea adultului

Atunci când se face evaluarea comportamentelor adultului menite să asigure o relație de atașament pozitivă se caută acele dovezi concrete din care să reiasă că îngrijitorul este capabil să susțină nevoile fundamentale ale copilului: *suport și siguranță emoțională* care să încurajeze comportamentele de explorare ale copilului; *căldură și disponibilitatea emoțională* care să încurajeze copilul să vină la adult pentru a primi confort emoțional atunci când simte disconfort sau stres; *securitate emoțională* resimțită de copil în ceea ce privește persoana adultului.

Unul dintre principalele comportamente care interferează negativ cu satisfacerea acestor nevoi este ***lipsa sincronizării/conectării emoționale*** (Powell et al, 2014). Atunci când adultul nu este sincronizat emoțional cu copilul, de fapt, nu este sincronizat cu nevoile emoționale și de dezvoltare ale acestuia. Acest lucru se întâmplă când capacitatea de empatie a adultului este afectată de faptul că ceva anume din nevoile emoționale ale copilului îi trezesc mecanismele de apărare dezadaptative din propriile relații de atașament. Lipsa sincronizării emoționale poate avea mai multe forme:

- ***Aplatizarea afectivă.*** În relaționarea cu copilului adultul pare să fie lipsit de emoționalitate (fără entuziasm, plăcere sau încântare). Adultul asistă la jocul copilului, însă îl urmărește mecanic fără să se implice sau să contribuie la complexitatea și creativitatea jocului. Acest adult poate părea plictisit, neatent sau chiar supărat că trebuie să interacționeze cu copilul. Adesea par lipsiți de familiaritatea în ceea ce privește modul în care se poate desfășura un joc care să fie satisfăcător atât pentru copil cât și pentru adult. Se pot observa o expresie facială redusă și mișcări corporale încete și gândite. Acest timp de comportament determină copilul să experimenteze sentimentul că este singur și lipsit de importanță, sau, mai rău, că este o povară pentru adult. Adultul, prin lipsa emoțiilor



și prin lipsa expresiilor faciale, oferă puține informații copilului și drept consecință, acesta din urmă, nu-și poate dezvolta competențele emoționale și sociale. Acest stil de relaționare al adultului poate fi observat în cazul adulților care sunt depresivi, depășiți de greutate sau epuizați psihic.

- **Pozitivismul emoțional.** Uneori, adultul face față disconfortului emoțional (propriu sau al copilului) prin prezentarea unor emoții pozitive. Însă observatorul extern precum și copilul simt faptul că aceste emoții nu sunt autentice. Emoțiile pozitive autentice izvorăsc și cresc într-o situație anume, ajung într-un punct culminant, apoi revin la starea inițială într-o manieră lină. Când adultul manifestă un pozitivism emoțional exagerat el poate instantaneu porni și opri aceste trăiri. Observatorul simte că în spatele strălucirii și a zâmbetului forțat există o tensiune emoțională semnificativă. O astfel de atitudine devine extrem de problematică când copilul resimte stres emoțional și caută confortul adultului. Pozitivismul emoțional neautentic este confuzant pentru copil deoarece el trebuie să aleagă între a avea încredere în propriul instinct care-i spune că ceva este în neregulă și că nu se poate baza pe cuvintele și expresiile faciale ale adultului, și a nu avea încredere în propriul instinct și să accepte ca reale trăirea emoțională și mesajul adultului. Când copilul este ”distras” de la propria lui trăire emoțională de către un adult care manifestă pozitivism emoțional exagerat, acest lucru reprezintă chiar opusul sincronizării/conectării emoționale de care ar avea nevoie. În acest context copilul este lăsat singur cu suferința sa și i se sugerează că trebuie să performeze, sau să facă ceva special, sau să fie vesel astfel încât trăirea lui emoțională să fie asemănătoare cu cea a adultului.
- **Negativismul emoțional.** Noi avem reprezentări interne pozitive sau negative vis-a-vis de noi înșine și de cei din jurul nostru. Ne vom raporta la o persoană în funcție de reprezentarea dominantă pe care o avem față de aceasta. Drept urmare când suntem supărați, este greu să ne aducem aminte lucrurile bune pe care persoana respectivă le-a făcut. Sau când suntem încântați de cineva, este greu să rememorăm



lucrurile neplăcute pe care le-am experimentat în legătură cu ea. Această modalitatea de a-i privi pe ceilalți ca fiind fie buni sau răi este înșelătoare deoarece întotdeauna ”adevărul” se află undeva pe la mijloc. Însă pe cât este de înșelătoare pe atât este de economicoasă în ceea ce privește consumul de resurse și, totodată, de eficientă în ceea ce privește siguranța emoțională și socială. Odată reprezentarea formată, ne scutește de analize viitoare (consumatoare de energie psihică) și ne păzește de pericol (dezvoltând un set specific de răspunsuri și așteptări menite să ne protejeze).

În consecință, adultul care ia în considerare doar reprezentarea negativă a copilului, riscă să-i definească acțiunile doar prin intermediul acesteia și, totodată, să manifeste afecte negative care sunt conforme cu reprezentarea.

De regulă, chiar dacă adultul nu dezvăluie în mod direct reprezentarea negativă pe care o are vis-a-vis de copil, el nu poate ascunde emoția negativă care vine odată cu aceasta. Negativismul emoțional al adultului poate interfera cu modul în care acesta interacționează cu copilul. Acesta se manifestă de regulă prin intermediul următoarelor comportamente: ton disprețuitor sau devalorizator, mișcări dure sau smucite, ochi dați peste cap, expresii faciale care denotă dispreț etc.

Ca atare, adultul care prezintă negativism emoțional nu reușește să urmeze și să se sincronizeze cu copilul. De fapt, în acest context, urmarea și sincronizarea cu copilul pot fi percepute ca fiind periculoase pentru că ar presupune în mod implicit și susținerea reprezentării negative din partea adultului. Afirmatii precum ”Copilul acesta mereu face ce nu trebuie” sau ”Mereu vrea să iasă așa cum își dorește” sugerează că urmarea și sincronizarea emoțională cu copilul nu ar face nimic altceva decât să crească problemele. Este ca și cum adultul, prin urmarea și sincronizarea emoțională, și-ar da acordul pentru reprezentarea negativă pe care copilul o are în mintea sa (adultul).

Deoarece copilul își formează conceptul de sine plecând de la modul în care percepe că este privit de adult, există riscul ca o reprezentare negativă a adultului să-i creeze copilului o reprezentare distorsionată a conceptului de sine. Este peste puterile



cognitive ale copilului să înțeleagă că reprezentarea negativă a adultului este una eronată.

Specialistul trebuie să fie foarte atent la reprezentările negative ale adultului, altfel există riscul ca întreaga intervenție să nu aibă sens pentru adult. De exemplu, dacă un adult consideră dificultatea comportamentală a copilului ca fiind doar o formă prin care încearcă să facă cum vrea el, iar specialistul insistă ca el să urmeze și să se sincronizeze/conecteze emoțional, cel mai probabil adultul se va opune intervenției de teamă să nu încurajeze dificultatea de comportament a copilului (Powell et al, 2014).

- **Anxietatea/hipervigilența.** Uneori anxietatea adultului poate fi atât de mare încât acesta nu mai se poate sincroniza/conecta cu copilul nici când are nevoie de suport pentru a explora, nici când caută proximitatea pentru resimte un disconfort emoțional. Alteori, anxietatea adultului presupune o hipervigilență exagerată în ceea ce-l privește pe copil ceea ce interferează negativ cu capacitatea de a urma acțiunile copilului. De exemplu, un adult poate crede că orice îndepărtare fizică a copilului reprezintă un pericol iminent. Astfel, libertatea de mișcare a copilului poate ajunge atât de restricționată încât îi afectează dezvoltarea motricității grosiere. Chiar dacă acești adulți sunt preocupați în mod autentic de copiii, preocuparea lor are legătură cu propriile frici și nu cu nevoile de dezvoltare ale copilului. Cel mai ușor acest tipar poate fi observat atunci când acțiunea de monitorizare a adultului devine intruzivă și interferează cu nevoile de dezvoltare ale copilului, deși nu există un pericol real. Când adultul este anxios și hipervigilent, răspunsul copilului variază de la ascunderea nevoilor pentru a-l ajuta pe adult să-și controleze anxietatea și până la experimentarea unui sentiment de frică foarte intens față de mediul înconjurător încât devine de nedezlipit de adult.
- **Distragerea atenției.** Distragerea atenției în relaționarea cu copilul poate capăta forme extreme, cum ar fi anxietatea severă sau depresia, sau forme medii și ușoare, cum ar fi preocupările și grijile cotidiene ori starea de visare cu ochii deschiși. Când adultul este distras, el nu se mai poate conecta/sincroniza cu nevoia copilului de



suport în vederea explorării, sau cu nevoia de a fi liniștit și securizat atunci când resimte sters emoțional. O nouă slujbă, grijile financiare, dificultăți la muncă, pierderea unei persoane dragi, debutul unei relații romantice etc, toate aceste situații pot distra atenția adultului astfel încât să nu mai fie capabil să urmărească nevoile de dezvoltare ale copilului.

În funcție de momentul în care are loc, distragerea atenției influențează în mod diferit copilul. Dacă adultul este distras când supraveghează copilul în timp ce se joacă singur, impactul este mai mic decât atunci când copilul caută contactul cu adultul ca să se poată regla emoțional. Cu alte cuvinte, impactul negativ al distragerii atenției este mai mare atunci când copilul caută contactul/conectarea/sincronizarea cu adultul, decât atunci când nu este interesat de relaționarea cu acesta.

Atunci când adultul este distras, copilul trebuie să se hotărască dacă să mențină conexiunea cu adultul sau dacă să se descurce singur. Copiii cu stil de atașament evitant transmit semnale eronate adulților ca și cum ar dori să exploreze, sau ca și cum nu ar avea nevoie de adult. Copiii cu stil de atașament ambivalent/anxios vor încerca să surmonteze distractibilitatea adultului prin plânsete sau lipindu-se de acesta.

- **Respingerea/neglijarea nevoi de atașament.** Respingerea nevoilor emoționale ale copilului presupune umilirea și rușinarea copilului pentru nevoile exprimate în cadrul relației de atașament. Neglijarea implică trecerea cu vederea și minimizarea acestor nevoi.

De obicei, respingerea și neglijarea sunt un răspuns al adultului care este inundat cu emoții intense ori de câte ori copilul vine către el ca să primească confort emoțional. Practic, adultul care nu-și poate conține propriile emoții generate de această solicitare a copilului încearcă să-și mențină homeostazia emoțională prin respingerea și neglijarea nevoilor de apropiere ale copilului.

De asemenea, respingerea și neglijarea poate lua forma unor ”lecții de viață” prin care adultul încearcă să învețe copilul ca e riscant să-ți faci cunoscute nevoile sau să fii vulnerabil în fața altor persoane. Adultul poate afirma că nu-și dorește ca propriul copil



să fie un plângăcios și astfel alege să nu acorde atenție solicitărilor acestuia de a primi confort emoțional.

Un alt comportament al adultului prin intermediul căruia este împiedicată satisfacerea nevoilor fundamentale ale copilului este **presiunea** (Powell et al, 2014). Adultul care pune presiune asupra copilului încearcă să conducă/să influențeze/să impună în loc să se conecteze/sincronizeze. De obicei presiunea este o tentativă a adultului de a schimba comportamentul copilului astfel încât să-i fie lui mai ușor și să resimtă mai puțin disconfort emoțional. Practic, împinge experiența copilului într-o altă direcție. Acest lucru determină copilul să se îndoiască de ceea ce simte, gândește sau face și în final să se îndoiască de el ca persoană capabilă să aibă o influență asupra mediului înconjurător. Acest gen de comportament din partea adultului nu este în mod necesar un semn de insecuritate emoțională dacă nu devine un tipar. Cea mai întâlnită situație de exercitare a presiunii fiind aceea în care adultul, în loc să se conecteze la nevoile emoționale ale copilului și să-l ajute și/sau să fie lângă el când acesta explorează, transformă experiența liberă a copilului într-o experiență de învățare. Cum să se joace mai ”bine” sau ”ce se poate învăța de aici”.

Presiunea exercitată de adult asupra copilului poate avea două forme (Powell et al, 2014):

1. presiunea de a atinge anumite standarde;
2. presiunea de a rămâne implicat activ în cadrul relației cu adultul.

De exemplu, adultul îi poate prezenta copilului jucărie după jucărie, înainte ca acesta din urmă să aibă posibilitatea de a o explora pe cea de dinainte. Acest gen de comportament poate sugera faptul că adultul ori nu se simte confortabil/nu este familiarizat cu joaca, ori poate fi modalitatea prin care încearcă să rămână în centrul atenției în cadrul relației. Atingerea unui anumit standard se poate manifesta prin indicațiile pe care adultul le dă copilului despre modul în care se poate juca cu o jucărie (”Asta este o barcă, nu o mașinuță. Bărcile nu merg pe șosea. Ele nu au ce căuta printre alte mașini.”) fără să-i permită acestuia să-și exprime imaginația și manifestările sinelui din acel moment. De asemenea, adultul poate transforma orice moment de joacă într-o ”lecție” prin întrebări despre culori, numere, utilitatea obiectelor. Aici clar este vorba despre performanță și mai puțin despre explorarea liberă într-un context securizant.



- **Presiunea de a atinge anumite standarde.** Adesea adultul confundă rolul de părinte cu cel de profesor și în mod constant caută să-l învețe pe copil ceva. Acest lucru n-ar fi un lucru rău în sine dacă nu s-ar întâmpla când copilul are nevoie să fie ascultat, înțeles, însoțit, validat etc, și dacă nu ar fi o formă prin care adultul evită conectarea/sincronizarea emoțională cu copilul. Pe lângă utilizarea corectă a obiectelor/jucăriilor adultul poate chiar opri complet jocul/explorarea copilului prin întrebări cu scop educativ ("Înainte să ne jucăm cu mașinuțele, te rog să le numeri și să spui ce culoare are fiecare"). Uneori se întâmplă ca adultul să considere că este un îngrijitor bun dacă întreabă copilul de fiecare dată culorile, formele etc. Alteori, presiunea pusă de adult în vederea atingerii diferitelor standarde educaționale are în spate nevoia acestuia de a fi un îngrijitor perfect și de a avea un copil perfect, pentru a ține sub control anxietatea care s-a acumulat de-a lungul timpului datorită propriilor neîmpliniri academice/profesionale. Copilul poate răspunde acestei presiuni de a atinge anumite standarde prin complianță sau prin opunerea de rezistență (Powell et al, 2014).
- **Presiunea de a fi autosuficient.** Capacitatea de a te baza doar pe propriile puteri este o abilitate importantă. Însă, este diferit dacă adultul face acest lucru urmând nevoia naturală a copilului sau pentru a-l determina pe copil să nu resimtă nevoia de a-l avea în preajmă. Adultul poate împinge copilul către autosuficiență și în ceea ce privește nevoia construirii unui concept de sine pozitiv (de exemplu când copilului nu i se oferă suficient suport emoțional și nici oportunități pentru a se dezvolta în această direcție), dar și în ceea ce privește nevoia de reglare și confort emoțional (de exemplu când copilul resimte stres emoțional, adultul îl presează să se descurce singur, adică să se regleze emoțional singur). Presiunea adultului în ceea ce privește autosuficiența reglării emoționale poate lua forma neglijării sau rejectării nevoilor copilului ("Nu te voi ajuta, te poți descurca și singur"), sau poate presupune implicarea copilului în anumite sarcini ce-i depășesc capacitățile din



momentul respectiv ("Mai devreme sau mai târziu trebuie să înveți și asta") (Powell et al, 2014).

Copilul este împins către autosuficiență și când adultul nu mai face față dificultăților zilnice (acasă și/sau muncă), sau când este implicat exclusiv în alte relații (partener, un copil mic etc). Practic, mesajul pe care copilul îl primește în mod indirect este că el întotdeauna trebuie să se descurce singur fără a solicita ajutorul celor din jur, că ceilalți nu vor fi disponibili emoțional când va avea nevoie și că autosuficiența este o virtute indiferent de context.

Din nefericire credința că omul poate fi autosuficient este o mare iluzie. Copilul știe că nu poate fi autosuficient și ca atare atunci când este presat în această direcție se simte inadecvat, mai puțin valoros și mai puțin încrezător în propriile puteri. Mai mult, autosuficiența poate conduce la consecințe dezastruoase în anii adolescenței când există o mare nevoie de a primi sfaturi și ajutor din partea unui adult competent.

- ***Presiunea de a rămâne implicat în relația cu adultul.*** Presiunea adultului de a rămâne în centrul atenției copilului se manifestă prin supraimplicarea în cadrul jocului când nevoia reală a copilului este de a fi independent. Uneori, acest lucru se întâmplă pentru că adultul se simte neimportant sau chiar abandonat dacă copilul se joacă sau acționează singur. Intenția adultului de a menține conexiunea în acest mod este distructivă pentru că pe termen lung copilul va respinge adultul pe motivul că este intruziv (Powell et al, 2017).

Presiunea exercitată asupra copilului de a rămâne implicat în cadrul relației conduce la dezvoltarea nevoii adultului de a-l ști pe copil dependent emoțional de el tot timpul. Copilul se poate conforma acestei nevoi a adultului chiar și atunci când își dorește să fie independent și să exploreze mediul (Howe, 2005).

Acest gen de presiune conduce la crearea unei legături încărcate din punct de vedere emoțional, dar distantă. Și, totodată, sabotează șansele copilului de a-și dezvolta o autonomie sănătoasă și capacitatea de a avea conexiuni intime.



Metoda testelor proiective

Există o varietate de evaluări ale atașamentului prin intermediul jocului cu păpuși. Ca instrumente de diagnostic poveștile spuse de copii cu ajutorul păpușilor pot oferi indicii pertinente specialiștilor în ceea ce privește calitatea relațiilor de atașament (Bretherton & Ridgeway, 1990).

Totodată, poveștile simple incomplete care conțin situații legate de atașament prin care li se cere copiilor să indice cum evoluează și cum se termină poveștile, pot fi o altă metodă de evaluare a calității relațiilor de atașament, dar și de determinare a modelelor interne de funcționare (model despre sine, ceilalți, optimist sau pesimist).

Utilizarea oricărei metode amintite mai sus implică o evaluare pe baza transcrierilor sau a înregistrărilor video. Orice altă strategie având o validitate mai scăzută.

Determinarea tipurilor de atașament ale persoanelor de referință

Dacă o tulburare de atașament la copil este rezultatul unei traume provocate de figurile de atașament, trebuie testată și calitatea atașamentului acestora.

Adulții sunt evaluați folosind AAI (Main et. al., 2005) sau AAP (George & Solomon, 1999). Ambele metode testează reprezentarea atașamentului adulților, iar atașamentul este clasificat în categoriile sigur, nesigur-ambivalent, nesigur-evitant și traumă nerezolvată. Categoria „traumă nerezolvată” este deosebit de semnificativă pentru dezvoltarea copilului din cauza congruențelor transgeneraționale rezultate cu comportamentul de atașament dezorganizat la copil.



Capitolul 4 Psihoterapia tulburărilor de atașament

4.1. Considerații generale privind psihoterapia copilului și adolescentului

4.2. Psihoterapeutul – baza sigură

4.3. Obiectivele intervenției psihoterapeutice – fundamentale, ale părinților, ale specialistului, ale copilului

4.4. Prima etapă a procesului terapeutic – analizarea trecutului

4.4.1. Identificarea sensului personal și interpretarea trecutului

4.4.2. Analizarea detaliată a trecutului

4.4.3. Recunoașterea și exprimarea emoțiilor

4.4.4. Identificarea și depășirea mecanismelor de apărare

4.5. A doua etapă a procesului terapeutic – revizuirea

4.5.1. Dezvoltarea unui nou stil de gândire

4.5.2. Schimbarea și vindecarea emoțională

4.5.3. Dezvoltarea unor relații de atașament sigur – încrederea

4.5.4. Dezvoltarea abilităților sociale

4.5.5. Dezvoltarea abilităților de autoreglare emoțională și control al furiei

4.5.6. Metode și tehnici terapeutice

4.5.6.1. Strategii pentru a spori sentimentul de siguranță și încredere

4.5.6.2. Regulile din cadrul psihoterapiei

4.5.6.3. Metafora copilului interior

4.5.6.4. Psihodrama

4.6. A treia etapă a procesului terapeutic – Revitalizarea



Psihoterapia tulburărilor de atașament

Considerații generale privind psihoterapia copilului și adolescentului

În psihoterapia copilului este evident că terapeutul trebuie să reprezinte o bază sigură pentru pacientul copil, deoarece, cu cât copilul este mai mic, cu atât el se bazează mai mult pe o figură securizantă de atașament care să-i faciliteze dezvoltarea armonioasă. Terapeutul trebuie să acționeze mai convingător ca bază sigură decât chiar ca un membru al familiei. Aici, sensibilitatea și capacitatea de conectare a specialistului sunt fundamentale. Copiii sunt mult mai onești și mai direcți decât adulții, care pot intra în relații predominant cognitive, mai curând formale. Totuși, dacă nu se răspunde nevoii de atașament a copiilor în terapie și dacă aceasta nu este luată în considerare în mod corespunzător încă de la început, terapia devine imposibilă sau se încheie după doar câteva ore.

În terapia copilului, comportamentul de joc al copilului este concentrat pe materialul legat de atașament, separare și explorare. În funcție de vârsta copilului și de orientarea terapeutică a terapeutului, interacțiunile de joc legate de atașament dintre copil și terapeut pot fi abordate fie prin comunicare verbală directă, fie prin interpretare în cursul jocului participativ, iar copilul poate fi confruntat într-o oarecare măsură cu acest material. Amploarea confruntării sau a abordării verbale directe a temelor de atașament depinde de vârsta copilului și de capacitățile sale cognitive. În general, copiii pot aborda ei înșiși experiențele de atașament, atât în ceea ce privește transferul, cât și atașamentele efectiv experimentate în trecut. Însă atunci când aceste experiențe sunt excesiv încărcate de anxietate și agresivitate, terapeutul trebuie să procedeze cu foarte multă prudență. O legătură terapeutică care nu este încă sigură poate deveni suprasolicitantă din punct de vedere emoțional, dacă copilul este inundat de afectele aferente acestor experiențe și dacă acestea sunt interpretate și explicate prea devreme.

Sistemul de atașament se activează odată cu separarea inevitabilă de la finalul unei sesiuni, în weekend, în vacanțe și în perioade de boală. În terapia copiilor pe perioada separărilor, aceștia pot lua acasă diferite jucării din spațiul terapeutic. Ele pot fi considerate obiecte de tranziție (după



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Winnicott, 1958) care pot substitui simbolic terapeutul și relația terapeutică. Unii copii cer să li se trimită cărți poștale, ca dovadă că nu au pierdut figura de atașament reprezentată de terapeut ca urmare a separării, iar alții pot solicita alte forme de contact cu terapeutul (telefon, mesaje text, email-uri etc)

Psihoterapia concomitentă a părinților sau a figurilor de atașament joacă un rol important în tratamentul copiilor. Deoarece copilul poate realiza progresele pe care le face în terapie doar în măsura în care părinții sunt capabili să le înțeleagă și să le accepte, terapeutul trebuie să îi informeze pe părinți despre teoria de bază a psihoterapiei, despre procesul terapeutic, despre principalele modificări ce survin pe măsură ce activitatea progresează și despre planul de tratament specific. De asemenea, se poate lua în considerare psihoterapia individuală sau de cuplu a părinților, în funcție de psihopatologia acestora. În astfel de cazuri, trebuie luate în considerare și analizate principalele aspecte legate de caracteristicile relațiilor lor de atașament (Brisch, 2012).

Prin urmare, terapeutul copilului trebuie să creeze o relație de atașament pozitivă (adică să devină o bază sigură) nu numai pentru copil, ci și pentru părinți. Dacă părinții nu sunt interesați de relația terapeutului cu copilul, sau de modificările simptomelor copilului, dacă simt că terapeutul îi respinge sau dacă ei înșiși îl resping, tratamentul va eșua, deoarece părinții, de teamă, vor înclina spre încetarea terapiei. Terapeutul trebuie să stabilească o bază emoțională sigură și pentru părinți, demonstrând sensibilitate față nevoile de atașament ale acestora (cele ale mamei pot fi foarte diferite de cele ale tatălui), astfel încât și ei să poată discuta despre propriile traume, răni și experiențe de pierdere și separare în timpul activității lor terapeutice concomitente. Mai mult decât atât, atașamentul și nevoile de explorare ale părinților în cadrul propriilor relații au, în general, o importanță considerabilă. Dacă aceste nevoi nu sunt bine integrate în parteneriat, dorințele și nevoile de atașament ale partenerilor pot fi transferate asupra copilului, care poate fi apoi forțat în rolul de partener surrogat. Dorințe de transfer asemănătoare pot fi proiectate și asupra terapeutului.



Psihoterapeutul – bază sigură

Există o multitudine de studii în ceea ce privește rezultatele procesului psihoterapeutic și toate au subliniat faptul că elementul principal care face ca terapia să fie de succes s-a dovedit a fi mereu același – calitatea relației copil/adolescent-psihoterapeut. Calitatea relației psihoterapeut-copil/adolescent este mai importantă decât orientarea teoretică și decât tehnicile și metodele particulare utilizate. Din moment ce tulburările relației de atașament apar în cadrul unor relații, ”vindecarea” implică o relație care se bazează pe siguranță, încredere, empatie, disponibilitate emoțională, capacitate de conectare, suport, întrajutorare.

În orice intervenție psihoterapeutică este general acceptată ideea că psihoterapeutul funcționează ca o bază sigură pentru copil/adolescent. Psihoterapeutul posedă aceleași caracteristici ca în cazul figurilor de atașament din copilărie. Figura de atașament îi asigură copilului/adolescentului baza sigură de la care poate să exploreze, să învețe și să-și atingă potențialul de dezvoltare (Bowlby, 2011). În mod similar, psihoterapeutul îndeplinește funcția de persoană de încredere care îi oferă copilului/adolescentului siguranța de care are nevoie pentru a se putea manifesta. Copilul/adolescentul se sprijină pe siguranța oferită de relația terapeutică pentru a putea conștientiza și discuta despre emoții și experiențe care au fost negate și evitate. Totodată, copilul/adolescentul utilizează această siguranță și pentru a putea încerca noi comportamente, perspective și tipare relaționale. Suportul și acceptarea psihoterapeutului ajută la reducerea anxietății și a stresului, astfel încât copilul/adolescentul să poată învăța mai ușor despre relațiile anterioare și prezente, precum și să poată începe procesul de schimbare.

Există multe caracteristici ale psihoterapeutului care îi pot insufla copilului sentimentul de bază sigură. Psihoterapeutul este disponibil emoțional, sensibil și receptiv într-un mod predictibil și consecvent. El se conectează atât verbal și nonverbal la emoțiile și la nevoile copilului. Psihoterapeutul este capabil de empatie, înțelegere, toleranță, suport, încurajare și îndrumare pozitivă. Este capabil să atenueze sentimentul de anxietate, stres, durere emoțională și, totodată, să faciliteze producerea de noi soluții și de experiențe constructive. Psihoterapeutul și copilul stabilesc o alianță pozitivă de lucru și un mediu protector din punct de vedere psihologic. Studiile au arătat că în percepția clienților psihoterapeutul: oferă același nivel de securitate/bază sigură



precum un membru al familiei; este considerat o sursă de confort emoțional la care pot apela când sunt stresați; provoacă un nivel de stres semnificativ atunci când absentează; și produce în psihicul beneficiarului sentimente de siguranță, acceptare și suport (Levy, 2000).

Copilul/adolescentul va aduce în relația terapeutică tiparele comportamentale și așteptările care s-au format în relație cu figurile semnificative (transfer). În cadrul relației terapeutice, psihologul evaluează dacă copilul răspunde stresului și contactului social prin evitare (dezactivare), anxietate (supra-activare), sau prin strategii ce țin de tipologia unui atașament sigur. Copilul/adolescentul cu un stil de atașament evitant nu va dori să vină la terapie deoarece prezintă tendința de a se baza pe propriile puteri și de a evita să depindă de alții. Când ajunge în terapie obișnuiește să intelectualizeze, să se laude cu propriile împliniri, să nu-și asume responsabilitatea pentru partea lor de vină și să-i critice aspru pe ceilalți. Lasă se se înțeală că nu au nevoie de ajutor, iar în cadrul relației terapeutice vor fi mereu distanți. Copilul/adolescentul cu un stil de atașament anxios este mai predispus să se deschidă din punct de vedere emoțional și să experimenteze emoții intense, însă este limitat în ceea ce privește explorarea de noi tipare comportamentale, de gândire și de relaționare. Îi vine greu să accepte sprijinul terapeutului și prezintă tendința de a reacționa pe baza așteptării interne că și terapeutul, asemenea figurilor semnificative de atașament, nu va fi în mod constant disponibil. Copilul/adolescentul cu tulburare de atașament nu se va simți în siguranță suficient de mult astfel încât să considere psihoterapeutul drept bază sigură. Ca urmare a abuzului și a neglijării severe, copilul/adolescentul se percepe ca fiind rău și de neîubit, iar ceilalți ca fiind periculoși și de neîncredere. În acest context, psihoterapia se dovedește a fi un proces foarte lent deoarece durează mult timp până se construiește o relație bazată pe încredere, dacă se construiește.

Stilul de atașament sigur al psihoterapeutului îi permite acestuia să provoace și să confrunte constructiv comportamentele copilului de autosabotare precum și modelele interne de funcționare. Rezultatul intervenției trebuie să fie o schimbare în plan mental, emoțional și social: noi credințe bazale (modele interne) de la a avea așteptări ca ceilalți să fie periculoși și indisponibili la a avea așteptări că sunt disponibili și iubitori; de la neîncredere la încredere; dezvoltarea unui concept de sine pozitiv; creșterea nivelului de înțelegere de sine și de înțelegere a altora (stări mentale și



emoționale); reducerea și eliminarea durerii emoționale; perspectivă optimistă asupra viitorului și relații satisfăcătoare.

Speranța

O relație terapeutică pozitivă implică instalarea unui sentiment de speranță în mintea copilului/adolescentului (Gomez-Perales, 2015). Indiferent de școala terapeutică, speranța a fost mereu considerată o componentă critică a schimbării psihologice. Speranța se află în strânsă legătură cu sănătatea fizică și psihică, performanța academică și recuperarea în urma unor evenimente traumatice. Speranța este sentimentul care se dezvoltă cu preponderență în cadrul relațiilor de atașament timpurii. Copilul învață încrederea când se simte în siguranță și are toate nevoile satisfăcute, acest lucru permițându-le să experimenteze sentimentul de speranță. Neglijarea și abuzul distrug credința copilului într-o lume sigură, precum și credința în relații bazate pe încredere și interdependență. Distrugerea acestor credințe conduce la experimentarea unui sentiment de pierdere a speranței, la simptome comune tulburărilor de stres, la depresie etc.

În intervenția tulburărilor de atașament construirea sentimentului de siguranță este un element cheie. Speranța îl ajută pe copilul/adolescentul cu tulburare de atașament să creadă în posibilitatea unui viitor mai bun. Contactul social pozitiv joacă un rol important în apariția speranței, iar relația psihoterapeutică este un bun mijloc cu ajutorul căruia se combate lipsa speranței și neajutorarea. Creșterea nivelului de speranță presupune:

1. Crearea unor relații apropiate bazate pe încredere
2. Învățarea unor strategii care să faciliteze schimbarea într-un sens pozitiv (controlul furiei și tehnici de relaxare)
3. Identificarea obiectivelor și îndeplinirea lor

Având relația terapeutică ca o bază sigură (securitate, sprijin, încurajare etc), copilul/adolescentul este încurajat să se gândească la propriile obiective specifice (autonomie și sentiment de competență – ”Doresc să fiu mai apropiat de părinții mei,,), și să învețe metode prin care să poată îndeplini acele obiective (gândirea în etape – ”Învăț abilități de comunicare”). De exemplu, în cadrul interviului inițial, psihologul poate ajuta copilul și adulții să-și elaboreze



propriile obiective terapeutice și apoi să discute cu aceștia despre modul în care aceste obiectiv pot fi atinse. Acest exercițiu îi poate face să experimenteze mai multă speranță.

Nivelul de speranță al psihoterapeutului este de asemenea foarte important. Este esențial pentru procesul terapeutic ca el să transmită un sentiment de speranță și o viziune pozitivă asupra viitorului. Adulții demoralizați au nevoie de ajutorul specialistului pentru a dobândi și pentru a transmite propriilor copii speranță. Acest lucru este un alt obiectiv major al procesului psihoterapeutic. Menținerea unui sentiment viu al speranței atunci când contextul relațional presupune neglijare, abandon, abuz etc, însă este absolut necesar în procesul de ”vindecare”. Imaginea unui viitor mai bun este esențială pentru recuperare. Pentru a se putea ”vindeca”, individul trebuie să învețe să se simtă în siguranță, să își construiască o imagine pozitivă despre sine, și să fie capabil să își construiască relații bazate pe încredere și siguranță. Speranța stă la baza acestui proces.

Efectul Placebo: Puterea credinței

Relația terapeutică încurajează dezvoltarea credințelor pozitive (despre sine și despre ceilalți). Una din variabilele care contribuie semnificativ la atingerea unor rezultate pozitive în cadrul psihoterapiei este credința în propriul succes. Cu alte cuvinte, dacă individul crede cu tărie în ceva, dar și acționează, acel lucru se poate întâmpla. Importanța credinței și a așteptărilor este demonstrată de Efectul Placebo – vindecarea printr-un tratament cu substanțe inerte (pastile cu zahăr etc), sau prin urmarea unor proceduri care nu au nicio legătură cu afecțiunea/boala acestuia. Numeroase studii au demonstrat că pastilele cu zahăr au un efect pozitiv asupra pacienților care suferă de insomnie, injecțiile ”false” reduc durerea, iar operațiile chirurgicale neadevărate vindecă genunchi artrozici.

Mai multe studii efectuate la Harvard au demonstrat că 82% din îmbunătățirea obținută de persoanele cu tulburări ale dispoziției care iau medicație alopătă, poate fi duplicată cu ajutorul pastilelor cu zahăr (Kirsch, 2010). Aceste studii au mai descoperit că medicația alopătă funcționează mai bine decât pastilele cu zahăr doar în cazurile severe.

Efectul Placebo este mai eficient în cazul bolilor sau al simptomelor care au o puternică componentă psihologică, și unde succesul tratamentului depinde în mare măsură de percepția



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

subiectivă a pacientului. Depresia, durerea, insomnia, oboseala, greața, problemele cu stomacul, migrenele și dificultățile sexuale sunt cele mai influențate de efectul placebo.

Există explicații psihologice, sociale și biologice în ceea ce privește efectul placebo. Așteptările pozitive joacă un rol semnificativ în crearea efectului placebo. Credințele au o puternică influență asupra modului în care individul experimentează realitatea. Multe persoane beneficiază de o îmbunătățire a situației datorită simplei credințe că o intervenție anume îi ajută. Un studiu renumit a demonstrat care este puterea așteptărilor. În cadrul acestui studiu, profesorilor, la începutul anului, li s-a comunicat că anumiți elevi sunt mai inteligenți decât ceilalți. La sfârșitul anului școlar, elevii mai inteligenți au fost testați și au demonstrat că au niște abilități cognitive mai bune în comparație cu ceilalți elevi. În altă ordine de idei, convingerile pe care le aveau profesorii în abilitățile elevilor și potențialul lor au fost subtil comunicate studenților – o profeție auto-împlinită (Rosenthal și Jacobson, 1968).

Răspunsul placebo mai poate fi explicat ca fiind un răspuns favorabil atunci când individul primește îngrijire și atenție pozitivă din partea altor persoane (psihoterapeut, medic etc) pe care acesta le consideră ca având un rol major în reducerea disconfortului și a suferinței. Astfel, comportamentul specialistului joacă un rol important. Instalarea sentimentului de speranță, empatia față de cel aflat în suferință și construirea unei relații bazate pe încredere augmentează efectul placebo, conducând astfel la o schimbare pozitivă. Cercetătorii au descoperit că pacienții care suferă de colon iritabil au raportat o reducere a simptomatologiei atunci când cadrele medicale dădeau dovadă de empatie, ascultau activ și atingeau pacientul, în comparație cu pacienții care nu beneficiau de aceste comportamente de grijă (Kirsch, 2010). De asemenea, efectul placebo poate fi și rezultatul condiționării psihologice. Odată ce individul se simte mai bine în urma unei intervenții, acel individ va face asocierea între intervenție și faptul că se va simți mai bine. De exemplu, deprinderea cu faptul că înghițirea unei pastile conduce la reducerea durerii, facilitează instalarea așteptării ca o pastilă cu zahăr să producă modificări fiziologice asemănătoare pastilelor adevărate.

Prin intermediul imagisticii cercetătorii au demonstrat că există și o explicație fiziologică a efectului placebo. Ei au putut identifica modificările ”chimice” din creier atunci când efectul



placebo are loc. Astfel, când individul crede că va fi bine, creierul eliberează endorfine, o substanță naturală care ușurează durerea. Aceste modificări măsurabile ale chimiei creierului pot explica efectul placebo masiv care are loc în tratarea depresiei. Sindromul Parkinson este asociat cu lipsa neurotransmițătorului numit dopamină. Efectul Placebo a determinat producerea și eliberarea acestui neurotransmițător în cazul indivizilor care se așteptau ca în urma administrării unei pastile cu zahăr să li se reducă durerea (Kirsch, 2010).

Înțelegerea efectului placebo oferă o perspectivă nouă asupra psihoterapiei și asupra parentajului terapeutic. Este extrem de important să se aibă în vedere puterea ”vindecătoare” a ritualurilor, imaginației, speranței, încrederii, compasiunii, empatiei și a relației terapeutice. Aspectele psihologice, sociale și neurologice ale efectului placebo activează procesele de autovindecare de la nivelul minții și corpului, contribuind astfel la reducerea simptomelor.

Obiectivele intervenției psihoterapeutice

Înainte de a începe orice demers terapeutic specialistul trebuie să cunoască bine care îi sunt obiectivele și, totodată, trebuie să aibă o idee clară despre modul (metode, tehnici etc) în care poate îndeplini respectivele obiective. Important de reținut este faptul că atingerea obiectivelor nu ține doar de tehnicile și metodele utilizate ci, în primul rând, de calitatea relației specialist-copil.

În vederea stabilirii obiectivelor ședințelor de psihoterapie, specialistul trebuie să aibă în vedere actorii implicați în procesul terapeutic precum și principiile generale ce stau la baza unei funcționări normale a individului. Având în vedere aceste două aspecte obiectivele terapeutice pot fi aranjate pe patru niveluri:

1. Obiective fundamentale
2. Obiectivele părinților
3. Obiectivele psihoterapeutului
4. Obiectivele copilului



Obiectivele fundamentale

Obiectivele fundamentale sunt de două categorii: obiective generale ce țin de etosul în care se desfășoară procesul terapeutic și obiective ce țin de dezvoltarea tipică a oricărui copil.

Obiectivele care implică dezvoltarea unui etos favorabil schimbării sunt (Geldard et al, 2019):

- Dezvoltarea unui context terapeutic ce facilitează construirea unor alianțe proactive cu îngrijitorii și copilul
- Clarificarea nivelului de angajament pe care îngrijitorii sunt dispuși să și-l asume față de copil
- Identificarea așteptărilor și a atitudinii pe care îngrijitorii o au față de procesul psihoterapeutic; dacă acestea sunt pesimiste să se aibă în vedere alte posibilități de abordare
- Încurajarea îngrijitorilor și a copilului de a se angaja și de a depune efort în procesul terapeutic; acest lucru stând la baza unei dorințe autentice pentru schimbare
- Oferirea de informații acurate despre tulburările de atașament, psihoterapie, ”parenting” etc, în vederea reducerii anxietăți
- Creșterea așteptărilor în ceea ce privește succesul și dezvoltarea sentimentului de speranță

Obiectivele ce țin de funcționarea tipică a oricărui copil și care au la bază parametrii optimi de dezvoltare (în funcție de vârstă):

- Copilul trebuie să fie capabil să gestioneze aspecte emoționale dureroase
- Copilul trebuie să atingă un anumit echilibru în ceea ce privește gândurile, comportamentele și emoțiile
- Copilul trebuie să aibă un concept de sine pozitiv (imagine de sine, stimă de sine, încredere în sine etc)
- Copilul trebuie să-și cunoască punctele tari și punctele slabe, să le accepte și să se simtă bine în legătură cu acestea



- Copilul trebuie să cunoască consecințele comportamentelor negative și, totodată, să posede capacitatea de a le schimba
- Copilul trebuie să aibă o capacitate crescută de adaptare la mediul exterior și să funcționeze relaxat
- Copilul trebuie să beneficieze de toate șansele posibile în vederea atingerii diferitelor trepte de dezvoltare
- Copilul trebuie să fie sprijinit să-și poată dezvolta reziliența și să atingă o bunăstare generală.

Obiectivele părinților

Acestea sunt stabilite de părinți când vin cu copilul la terapie și, în general, se bazează pe comportamentele curente problematice ale copilului. De exemplu, dacă copilul este agresiv cu alți copii, probabil că obiectivul părinților va fi eliminarea acestui comportament. Trebuie avut în vedere că părinții adesea ori minimizează, ori exagerează impactul pe care îl au relațiile asupra diferitelor comportamente problematice (Pearce, 2009).

Principalele obiective terapeutice pentru părinți pot fi:

- Dezvoltarea spiritului de colaborare cu echipa de intervenție
- Explorarea dificultăților emoționale/comportamentale/relaționale din cadrul familiei de bază, precu și istoricul relațiilor de atașament
- Îmbunătățirea abilităților de comunicare și de rezolvare a problemelor în relația de cuplu; crearea unui spirit de echipă între figurile parentale
- Învățarea unor atitudini și abilități parentale eficiente
- Crearea unui etos familial bazat pe siguranță
- Descoperirea resurselor externe și dezvoltarea unui sistem de suport eficient

Obiectivele specialistului

Aceste obiective sunt formulate de specialist în urma ipotezelor formulate cu privire la motivele ce stau în spatele unui anumit comportament adoptat de copil (agresivitate, retragere



socială etc). De exemplu, comportamentul agresiv al unui copil poate fi o consecință a problemelor emoționale pe care acesta le întâmpină în cadrul unei relații de atașament defectuoase. Prin urmare, specialistul poate avea ca obiective abordarea și rezolvarea problemelor emoționale ale copilului precum și dezvoltarea unei relații de atașament funcționale. În formularea acestor ipoteze specialistul se bazează pe informațiile din propria experiență de lucru cu astfel de cazuri, pe înțelegerea teoretică a psihologiei și comportamentului copilului și pe ceea ce studiile recente și literatura de specialitate au demonstrat (Jude Cassidy & Phillip Shaver, 2016).

Obiectivele copilului

Chiar dacă copilul nu poate verbaliza propriile obiective în mod specific, acestea își vor face apariția pe parcursul ședințelor. De obicei, aceste obiective ale copilului sunt exprimate sub forma unor nevoi emoționale ce apar spontan. Aceste obiective/nevoi emoționale pot corespunde obiectivelor specialistului, sau nu. De exemplu, specialistul poate începe o ședință având un obiectiv de nivelul 3: construirea unui concept de sine pozitiv. Însă, pe parcursul ședinței se poate dovedi că acesta dorește să vorbească despre o pierdere și că nu este pregătit să lucreze la conceptul său de sine. În această situație, specialistul poate da curs nevoi/obiectivului copilului (obiectiv de nivel patru) și facilitează procesul de manifestare a durerii.

În general este periculos ca specialistul să respecte în mod rigid o agendă cu obiective prestabilite, deoarece în acest fel nevoile/obiectivele copilului pot fi neglijate. Pentru a evita această situație (neglijarea copilului), specialistul trebuie să prioritizeze obiectivele de nivel patru. Totodată, este important să considerăm că experiența fiecărui copil este unică, prin urmare specialistul trebuie să fie atent atunci când stabilește obiectivele de nivel trei. Se poate întâmpla ca presupunerile acestuia cu privire la nevoile copilului (și implicit obiectivele urmărite) să fie eronate. De aceea este util ca specialistul să-și reevalueze continuu obiectivele pe parcursul procesului terapeutic și, dacă este nevoie, să le modifice (Pearce, 2009).

Se recomandă ca obiectivele specifice ale intervenției psihoterapeutice să fie stabilite acordând prioritate obiectivelor/nevoilor emoționale de nivel patru ale copilului, respectând totodată obiectivele de nivel doi ale părinților și, la urmă, cele de nivel trei ale consilierului.



Practica a demonstrat că respectarea acestei structuri va conduce automat și la îndeplinirea obiectivelor de nivel unu. Ori de câte ori este posibil, este important ca procesul de stabilire a obiectivelor să aibă un caracter interactiv și consultativ în cadrul căruia să fie implicați toți actorii: copil, părinți, membrii familiei, educatori/profesori etc (Levy, 2000).

Principalele obiective terapeutice pentru copil sunt:

- Reducerea simptomatologie, în special reducerea comportamentelor impulsive și agresive (auto și hetero)
- Identificarea și exprimarea emoțiilor în interacțiunile sociale
- Abordarea traumelor (abuz, neglijare, deprivare etc) din trecut într-o manieră directă și onestă atât cu psihoterapeutul cât și cu îngrijitorii
- Experimentarea unor interacțiuni pozitive (sigure, autentice etc) cu persoanele semnificative (covârșnici, îngrijitori, psihoterapeut)
- Manifestarea sigură a furiei și responsabilizarea agresorilor pentru cele întâmplate; evitarea auto-învinovării
- Identificarea sursei modelelor interne de funcționare; înțelegerea modalităților prin care acestea se manifestă; dezvoltarea unui sistem de credințe care să aibă la bază o perspectivă pozitivă asupra sinelui și o perspectivă realistă asupra celor din jur
- Întreruperea cercului vicios al interacțiunilor negative prin experimentarea unor legături sociale bazate pe încredere, grijă, toleranță și suport.
- Reducerea experimentării stărilor emoționale negative asociate cu evenimentele traumatice din trecut prin abordarea lor într-o manieră nouă și eficientă (împuternicire, desensibilizare, dezvoltarea de abilități)
- Conștientizarea și exprimarea emoțiilor care produc stres (frică, furie, tristețe, rușine, vinovăție etc) într-o manieră directă și autentică, și cu consecințe pozitive atât în plan personal cât și interpersonal
- Asumarea responsabilității pentru propriile decizii și acțiuni
- Dezvoltarea abilităților de a soluționa probleme și de a face alegeri prosociale



- Renunțarea la comportamentele de control extrem; reducerea asocierii supraviețuirii cu hipervigilența și controlul; implicarea în relații sigure bazate pe încredere
- Învățarea abilităților prin care să aibă încredere
- Experimentarea unui proces constructiv de doliu în cazul unor figuri de atașament dispărute
- Dezvoltarea unui atitudini pozitive față de sine (încredere, respect, grijă)

Prima etapă a procesului terapeutic - Analizarea trecutului

Prima etapă a procesului terapeutic implică analizarea relațiilor de atașament din trecut precum și analizarea experiențelor traumatice (ex. separări, abandon, abuz, neglijare, violență, multiplele relocări etc). O multitudine de psihologi teoreticieni și clinicieni sunt de părere că analizarea trecutului și a episodelor semnificative reprezintă o etapă obligatorie în vederea identificării rănilor emoționale, cognitive, sociale și fizice. Prin analizarea trecutului psihoterapeutul obține informații prețioase în ceea ce privește diagnosticul și înțelegerea modelelor interne de funcționare, răspunsurile emoționale și tiparele relaționare. ”Trebuie să te întorci la momentul traumei; trebuie să faci terapie prin expunere; trebuie să fii martor; individul trebuie să poată da un sens” (Levine & Kline, 2017). Întrebarea de bază este: ”Care este modul unic în care acest copil/adolescent a răspuns la evenimentele potrivnice din trecutul lui și care este modul aceste lucruri îi afectează relațiile de atașament din prezent și din viitor”. În această primă etapă procesul terapeutic se concentrează pe patru elemente:

- Identificarea sensului personal și interpretarea celor întâmplare
- Analizarea detaliată a trecutului
- Recunoașterea și exprimarea emoțiilor în legătură cu evenimentele din trecut
- Identificarea și depășirea mecanismelor de apărare

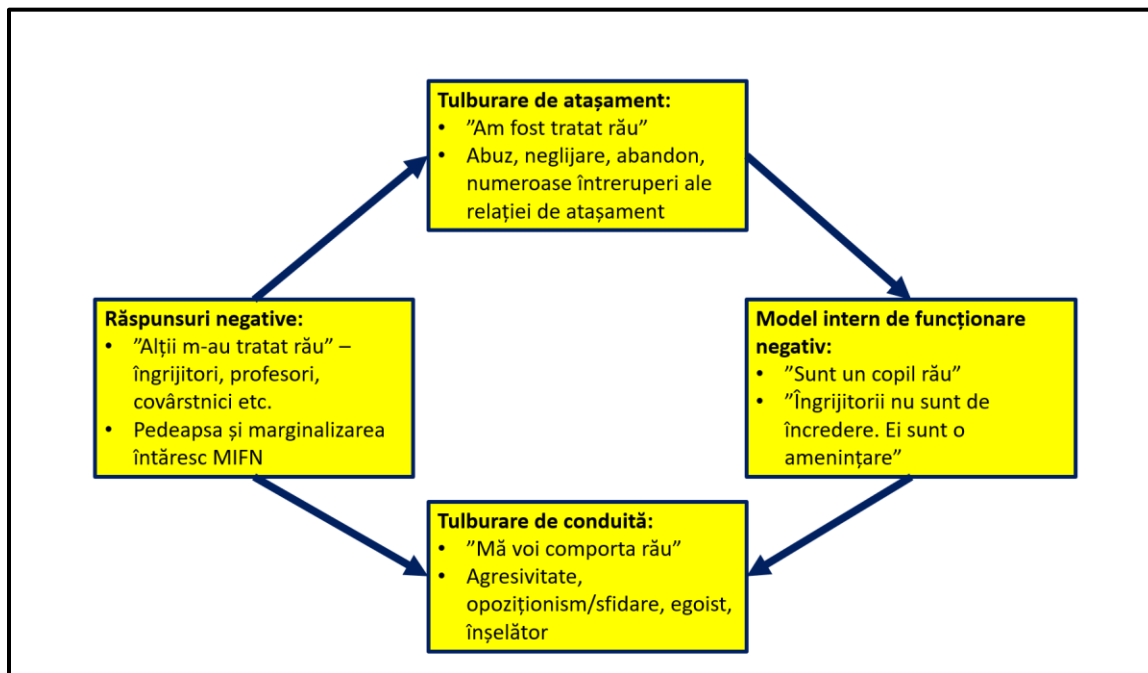


Identificarea sensului personal și interpretarea trecutului

Este necesar ca specialistul să înțeleagă interpretarea pe care copilul/adolescentul o are vis-a-vis de evenimentele dureroase din trecut. După cum am discutat într-un capitol anterior, modelele interne de funcționare și credințele fundamentale se formează în primii ani de viață și devin acele tipare prin intermediul cărora copilul/adolescentul/adultul se percepe pe sine, pe ceilalți și viața în general. Aceste credințe fundamentale devin punctul de referință al copilului, un fel de standard în funcție de care va evalua toate experiențele ulterioare. Copilul cu atașament sigur își dezvoltă un sistem de credințe ce are o orientare pozitivă față de sine ”Sunt bun, vrednic de iubire, competent”; față de îngrijitori ”Sunt de încredere, iubitori, și disponibili să-mi satisfacă nevoile”; și față de umanitate în general ”Lumea este un loc sigur, oamenii sunt în general buni, viața merită să fie trăită”. Sistemul de credințe al unui copil cu tulburare de atașament prezintă o orientare negativă vis-a-vis de propria persoană ”Sunt o persoană rea, nevrednică de iubire, incompetentă”; vis-a-vis de îngrijitori ”Nu sunt de încredere, sunt periculoși, ne iubitori”; și vis-a-vis de umanitate în general ”Lumea nu este un loc sigur, viața nu merită să fie trăită”.

Emoțiile, acțiunile și alegerile individului sunt într-o mare măsură influențate de ceea ce a experimentat în copilăria timpurie, prin intermediul credințelor fundamentale pe care, implicit, le crede a fi adevărate. Teoria atribuirii sugerează faptul că cei mici își construiesc credințe despre modul în care lucrurile se întâmplă și de ce se întâmplă. Mai specific, își construiesc explicații bazate pe cauzalitate sau tipuri de atribuire (Seligman, 1993). Înțelesul pe care copilul îl atribuie evenimentelor importante din viața sa influențează funcționarea și adaptarea psihosocială ulterioară. De exemplu, copilul abuzat și neglijat în mod cert va orienta vina și responsabilitatea pentru cele întâmplate către propria persoană ”Este vina mea că am fost abuzat”, ”Cu siguranță sunt rău din moment ce sunt tratat rău”. Cercetările au demonstrat că factorii subiectivi (ex. înțelegerea personală și percepția subiectivă) sunt de două ori mai importanți decât factorii obiectivi (ex. răni, forță etc), în ceea ce privește stabilirea severității stresului emoțional resimțit de copiii abuzați sau neglijați.

Datorită incapacității copilului de a răspunde eficient atunci când este în pericol sau în situații limită, el învață neputința (Seligman, 1993). Și teoria neputinței învățate (descoperit de Martin Seligman) poate explica modul în care copilul ajunge să se perceapă pe sine ca inadecvat, lipsit de putere, și ineficient. Conform acestei teorii, credințele fundamentale ale individului devin profeții care se auto-împlinesc, deoarece acesta va atrage acele situații și contexte care să-i valideze credințele. De exemplu, copilul cu tulburare de atașament în mod conștient sau inconștient va elabora acele scenarii care îi justifică și îi sprijină modelul intern negativ ("Te voi ține la distanță până mă vei respinge, ceea ce ulterior îmi întărește credința că nu sunt vrednic de iubire"). Figura de mai jos (apud Levy & Orleans, 2014) descrie cercul vicios al modelelor interne de funcționare negative (credințe fundamentale).



Analizarea detaliată a trecutului

Specialistul ghidează copilul astfel încât acesta să relateze verbal evenimentele semnificative din trecut, contextul în care acestea au apărut, înțelesul personal acordat, răspunsurile afective și



somatice, precum și imaginile mentale existente. Se încurajează relatarea onestă astfel încât negarea, disocierea și distorsionarea să fie cât mai reduse. Copilul conștientizează și împărtășește cu terapeutul gândurile și emoțiile pe care le are în legătură cu evenimentele dureroase. Această împărtășire trebuie să se producă în cadrul unei relații terapeutice sigure bazată pe încredere. Analizarea detaliată trebuie să cuprindă următoarele componente (Levy, 2000):

- Percepția copilului asupra evenimentelor
- Reacțiile emoționale și somatice
- Amintiri și imagini mentale asociate
- Răspunsul persoanelor semnificative

Există o credință universală în ceea ce privește valoarea vindecătoare a povestirii adevărului (Levine și Kline, 2017). În timp ce copilul povestește onest cele întâmplate, adesea pentru prima dată, între el și terapeutul care ascultă empatic se crează o conexiune plină de sens. Ulterior, povestirea și repovestirea întâmplărilor conduce la scăderea încărcăturii emoționale negative asociată evenimentelor traumatiche. Acceptarea și validarea primită din partea terapeutului îi reduc copilului sentimentele de rușine și vinovăție.

Recunoașterea și exprimarea emoțiilor

”Amintirea fără emoție nu poate avea un rezultat pozitiv” (Levine și Kline, 2017), din punct de vedere terapeutic. De-a lungul timpului a existat o controversă cu privire la eficiența abordării emoțiilor ce au legătură cu evenimentele din trecut și cu privire la încurajarea catharsis-ului. Anumiți clinicieni au considerat catharsis-ul ca fiind o parte absolut necesară a procesului terapeutic, în timp ce alții l-au considerat inutil. Experiența psihoterapeutică a demonstrat că ”dacă o poți simți, o poți vindeca”. Conștientizarea și exprimarea emoțiilor reprimite care nu au putut fi exprimate în siguranță (ex. în timpul evenimentelor traumatiche) îi validează copilului experiența internă și îi oferă un oarecare sentiment de control. Din nou, contextul oferit de relația terapeutică este crucial. Siguranța relației terapeutice oferă suficient confort emoțional astfel încât emoțiile și amintirile dureroase și înfricoșătoare să poată fi explorate.



Identificarea și depășirea mecanismelor de apărare

Mecanismele de apărare precum idealizarea, proiecția, disocierea, negarea, scindarea etc sunt menite să protejeze copilul de emoțiile copleșitoare și intolerabile pe care le are în legătură cu experiențele traumatice. Deși aceste mecanisme ajută copilul să se adapteze pe termen scurt, pe termen lung au consecințe psihologice negative. De exemplu, supra-idealizarea unei mame abuzive și neglijente ajută copilul să evite și să nege realitatea dureroasă în care aceasta a oferit prea puțină grijă, iubire și protecție. Negarea îl ține pe copil departe de sentimentele de furie și doliu care sunt asociate unei realități dureroase. Disocierea este un răspuns automat ce protejează copilul în timpul evenimentelor traumatice, copilul se ”detașează” de experiență astfel că nu mai experimentează suferința, frica și umilirea din momentul respectiv. Proiecția îl determină pe copil să transpună asupra persoanelor noi din viața lui (părinți adoptivi, psihoterapeut etc) imaginea (percepții, emoții, gânduri etc) persoanelor care l-au abuzat în trecut.

Mecanismele de apărare sunt conștientizate, confruntate și modificate cu ajutorul unei abordări sensibile. Acest gen de abordare sigură îi permite copilului să-și împărtășească povestea și emoțiile, și, totodată, să crească nivelul de încredere și sentimentul de control asupra celor întâmplare (Levine, 2022).

A doua etapă a procesului terapeutic – Revizuirea

A doua etapă a procesului terapeutic este revizuirea trecutului. Acum psihoterapeutul își concentrează atenția asupra *dezvoltării* și *revizuirii* (Levy & Orlans, 2014). Dezvoltarea unor tipare de atașament sigur care nu au fost stabilite în relațiile anterioare, și revizuirea tiparelor de atașament care au fost create în primii ani de viață. Intervențiile din etapa anterioară reprezintă fundația pentru atingerea de către copil și adulți a următoarele obiective:

- Dezvoltare unui nou stil de gândire
- Schimbarea și vindecarea emoțională
- Dezvoltarea unor relații de atașament sigur - încrederea
- Dezvoltarea abilităților sociale



- Dezvoltarea abilităților de autoreglare emoțională
- Dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor
- Abordarea dificultăților din cadrul sistemului familiei (dificultăți de cuplu, abilități parentale, mobilizarea resurselor din comunitate etc)

Există câteva elemente importante ce trebuie avute în vedere în această etapă a psihoterapiei. În primul rând, pe parcursul procesului terapeutic este dificil ca schimbările cognitive, emoționale și sociale să fie separate. Există un adevărat proces de împletire a intervențiilor care se concentrează asupra diferitelor componente ale schimbării. În al doilea rând, restructurarea cognitivă (provocarea modelelor interne de funcționare negative) este eficientă doar dacă se face în combinație cu modificarea pozitivă a stărilor emoționale. Accentul trebuie să fie pus pe modificarea ambelor aspecte (emoții și gânduri) din moment ce ambele se potențează și se influențează reciproc. În al treilea rând, contextul și climatul în care au loc aceste schimbări este crucial. Psihoterapeutul funcționează ca o bază sigură pentru copil, oferindu-i securitate emoțională, predictibilitate, empatie, ghidare și suport. Este foarte cunoscut în rândul specialiștilor care lucrează cu copiii abuzați și traumatizați că principalul obiectiv al intervenției presupune ca victima să-și dezvolte un oarecare sentiment de eficiență și control (Levine și Kline, 2017). Mediul terapeutic trebuie să asigure acel sentiment de siguranță în cadrul căruia copilul să-și poată asuma riscuri, să se deschidă și să se exprime emoțional, toate acestea ajutându-l să treacă de la neajutorare la control și eficiență, și de la neadecvare la competență.

Dezvoltarea unui nou stil de gândire

Modificarea modelelor interne de funcționare și a credințelor fundamentale despre sine, ceilalți și lume în general, este un proces care are loc în patru pași (Follette, 2006):

1. *Identificarea credințelor fundamentale* – Cele mai întâlnite credințe ale copiilor cu tulburare de atașament sunt: ”Nu merit să fiu iubit, Sunt neajutorat, Nu pot avea încredere în nimeni, Pentru a putea supraviețui trebuie să-i controlez pe ceilalți”. Aceste credințe fundamentale sunt descoperite chiar de la evaluarea inițială.



2. *Psihoterapeutul contestă modelele interne de funcționare negative* – Prin intermediul anumitor metode și tehnici (psihodramă, metafora copilului interior, dialogul copil-părinte, discuții despre comportamentele din trecut etc) sistemul de credințe al copilului este pus sub semnul întrebării și contestat.
3. *Copilul contestă modelele interne de funcționare negative* – Copilul cu tulburare de atașament, din dorința de evita o realitate dureroasă, neagă, se auto-învinovăște, idealizează figura adultului. De exemplu, copilul preferă să așeze pe un piedestal părintele abuziv, în loc să se confrunte cu adevărul dureros că el nu a fost iubit. Copilul trebuie să dețină și să înțeleagă adevărul despre prezentul sistem de credințe, înainte de a-l putea schimba.
4. *Repetiția și exersarea*– Recunoașterea și schimbarea credințelor fundamentale presupune repetarea multor experiențe terapeutice și exersarea unor noi modalități de a gândi. Repetiția și exersarea este crucială mai ales în cazul copiilor care prezintă nivele ridicate de negare și evitare.

Schimbarea și vindecarea emoțională

Cuvântul emoție provine din latinescul "ex movere", care înseamnă „a mișca din". Emoția se referă literalmente la un impuls către exprimarea exterioară. Ca urmare a pierderii figurilor de atașament primar, maltratării, întreruperilor multiple ale relațiilor sau mutări repetate, copiii cu tulburări de atașament experimentează emoții negative intense. Emoțiile negative primare sunt furia, frica, tristețea și rușinea, care rămân nerezolvate, stocate în sistemul corp-minte și influențează continuu alegerile zilnice și comportamentele. Procesul de tratament trebuie să ajute copilul să dezvolte un management eficient al sentimentelor copleșitoare din trecut.

Procesarea emoțională

Este obișnuit pentru copiii și adulții cu istoric de abuz, traumă, și tulburare de atașament să evite amintirile dureroase și rememorări ale experiențelor negative anterioare. Deși o astfel de evitare reduce anxietatea pe termen scurt, pe termen lung menține frica, sentimentele de neputință și alte simptome legate de traume și previne vindecarea prin procesare. Când copiii conștientizează



și vorbesc despre amintiri emoții și evenimente dureroase și înfricoșătoare, cu terapeuți și îngrijitori suportivi și în acord, ei învață că pot face față în mod eficient cu aceste probleme, pot tolera suferința, că anxietatea și suferința scad mai degrabă decât să crească și că alții pot fi de încredere că vor înțelege și vor ajuta (Levine & Kline, 2017).

Pe lângă evitarea ca mecanism defensiv, cei cu istoric traumatic au dezvoltat, de regulă, și cogniții negative, interpretări și modele mentale. Ei cred că sunt neputincioși, incompetenți și controlați de frica lor („Lumea mea este periculoasă și nu pot să-i fac față”). Poveștile lor și narațiunile evenimentelor trecute sunt adesea dezorganizate și fragmentate, ca urmare a experiențelor traumatiche codificate în creierul limbic în condiții de suferință intensă.

Comunicarea despre emoții și experiențe dureroase cu terapeuți și părinți suportivi și în acord îi ajută pe copii să organizeze amintirile într-o mod semnificativ, dau sens trecutului lor și țes o poveste logică. Pe măsură ce ei creează o narațiune acceptabilă, cognițiile eronate sunt reduse („A fost vina mea; nu sunt demn de iubire; voi pierde controlul dacă vorbesc despre asta”) și sunt înlocuite de o mentalitate bazată pe auto-dezvoltare („Nu sunt de vină; sunt demn de iubire; îmi pot gestiona gândurile, amintirile și sentimentele”) (Levine, 2022).

Procesul de retrăire și repovestire a amintirilor de pierdere, durere și frică în programul nostru de terapie este paralelă cu teoria terapiei cu expunere prelungită, abordarea cea mai validată empiric a simptomelor legate de traumă (Foa et al, 2007). Acest proces terapeutic include mai multe proceduri și intervenții: 1) procesarea emoțională într-un context interpersonal sigur și suportiv; 2) psihoeducație pe tema experiențelor de viață timpurii, atașamentului și traumelor și importanța discutării despre aspecte dificile; 3) tehnici de relaxare, care ajută persoana să reducă anxietatea atât emoțional, cât și la nivel biochimic; și 4) relatarea amintirilor traumatiche și emoțiilor prin imagerie și jocuri de rol. Vizualizarea și intervențiile bazate pe joc de rol au natură experiențială; copilul trăiește o experiență psihosocială autentică în momentul prezent. Creierul limbic poate fi reconectat doar prin experiență directă. Pe măsură ce copiii sunt ghidați într-o călătorie detaliată prin metafora copilului interior, reconstituirea psihodramatică și procesarea cu părinții, ei stabilesc noi rețele neuronale, se dezvoltă narațiuni acceptabile și se reduce frica prin expunere repetată. Frica lor este activată fără consecințele negative, ceea ce duce la mai puțină



frică și anxietate. Ei învață că se pot baza pe ceilalți pentru confort și sprijin, reducându-se mecanismele defensive punitive, bazate pe nevoia de control și de evitare a intimității.

Pentru ca terapia să fie eficientă, clientul trebuie să fie la un nivel de implicare în care sunt experimentate emoții autentice (tristețe, frică, furie), iar un nivel tolerabil de suferință este evident. Terapeuții trebuie să ofere suficient sprijin, empatie, încurajare și îndrumare pentru a ajuta clienții să atingă obiectivele și a facilita producerea unei schimbări pozitive (Foa et al, 2007).

Povestirea și repovestirea experienței traumatice

Mulți părinți și specialiști evită să discute cu copilul despre experiențele traumatice din trecut, de teamă că aceste discuții o să provoace și mai multă durere sau că vor întări trauma psihică. Dimpotrivă, când copilul are posibilitatea să-și împărtășească experiențele traumatizante într-un context relațional ce implică conectarea emoțională, siguranță, suport și sensibilitate, abia atunci sunt capabili să-și înfrunte frica și durerea, și să poată începe astfel procesul de vindecare a traumei. Există mai multe raționamente care susțin faptul că povestirea traumei este terapeutică.

Așa cum aminteam într-un capitol anterior, un obiectiv terapeutic important este dat de integrarea celor două emisfere cerebrale. Emisfera cerebrală dreaptă procesează emoțiile și memoria explicită (autobiografică). Emisfera stângă procesează informațiile logice, alocă un sens emoțiilor, experiențelor și amintirilor. Când copilul, adolescentul și adultul povestesc despre experiențele și emoțiile lor din trecut, în timp ce specialistul îi ajută să construiască o poveste onestă și logică, atunci cele două emisfere lucrează împreună și sunt integrate. Sarcina de a dezvolta o poveste rațională se poate realiza cu ajutorul mai multor tehnici terapeutice printre care: *ciclul atașamentului în primul an, metafora copilului interior, psihodrama* (Foa et al, 2007).

Copilul își împărtășește povestea într-un context ce presupune suport și conexiune emoțională. Aceste două lucruri cruciale ce stau la baza construirii unei relații de atașament sigur, lipsesc cu desăvârșire în istoricul copilului cu tulburare de atașament. Specialistul și îngrijitorul ascultă ce spune copilul în legătură cu emoțiile și percepțiile sale, și simultan răspunde atât verbal cât și nonverbal cu empatie și înțelegere. Astfel copilul înțelege că nu mai este singur și că este capabil să împărtășească și să se confrunte cu emoțiile și amintirile dureroase când are suportul



unui adult grijuliu. Acest lucru produce și o modificare a vechiului model intern de funcționare, astfel de la ”îngrijitorii sunt periculoși, nu sunt de încredere”, se ajunge la ”îngrijitorii sunt siguri și de încredere”. Pentru că orice nouă experiență modifică sistemul limbic, împărtășirea poveștilor traumatice într-un context ce presupune suport, empatie și siguranță, conduce la modificări structurale și biochimice la nivelul creierului. Practic sunt create conexiuni biologice și emoționale.

Repovestirea experiențelor traumatice ajută și la modificarea identității de sine. Copilul învață că se poate confrunta cu trecutul dureros și înfricoșător, și că poate tolera emoțiile și anxietatea, fără să piardă controlul sau să o ”ia razna”, și fără să utilizeze vechile mecanisme de apărare (negarea, evitare, disocierea etc). Practic, evoluează de la perspectiva (mod de gândire) victimei (”Sunt neajutorat și nu pot face față”) la perspectiva supraviețuitorului (”Sunt competent, eficient, în control și pot face față”). Utilizarea limbajului (copilul este ajutat să folosească cuvinte pentru a-și descrie propriile emoții și experiențe) ajută la calmarea circuitelor fricii din creier și la reducerea impulsivității. Copilul învață că în loc să-și manifeste furtuna interioară prin intermediul comportamentelor negative, el poate vorbi despre emoțiile și gândurile sale într-un mediu sigur. Comunicarea eficientă fiind cheia (Gomez-Perales, 2015).

Corpul emoțional

Corpul și mintea noastră sunt inseparabile. Cercetările în domeniul psihoneuroimunologiei au revelat legătura de netăgăduit dintre minte și corp, precum și conexiunile acestora cu sănătatea și boala (Vedhara și Irwin, 2017). Frica, furia, tristețea, rușinea etc nu sunt doar simple emoții care apar și dispar fără urmă. S-a dovedit că ele apar și apoi sunt stocate la nivel somatic, adică în corp. Aceste emoții nu dispar odată cu înțelegerea lor intelectuală. Deși medierea cognitivă este o parte necesară a intervenției, emoțiile încărcate prin traumă trebuie adresate direct la nivel somatic. De exemplu, oamenii vorbesc adesea despre modul în care experimentează somatic emoțiile: ”Tremură” de frică sau furie, au o ”inimă neagră și grea” din cauza tristeții, ”le fierbe sângele” când sunt furioși etc.



Omul este programat biologic să experimenteze și să exprime emoții cu ajutorul corpului. De exemplu, în multe culturi primitive ritualul dansului prelung facilitează exprimarea suferinței și a pierderii, evitându-se astfel reprimarea emoțională și fizică. Nou-născuții în mod instinctiv își exprimă atât plăcerea cât și disconfortul prin intermediul acțiunilor fizice: își mișcă picioarele și mâinile, își arcuiesc spatele, își mișcă capul dintr-o parte în alta, și țipă scurt și tare. Copilul cu tulburare de atașament experimentează trauma inclusiv prin intermediul emoțiilor și amintirilor prezente în corpul său. De-a lungul intervenției terapeutice copilul este încurajat să-și exprime emoțiile natural și plener (și cu ajutorul corpului) în cadrul unui mediu sigur.

Un răspuns instinctiv în fața amenințării este să ne ținem respirația. În consecință, o altă tehnică somatică este să încurajăm copilul să respire profund și deplin. Respirația profundă curăță corpul de dioxidul de carbon și crește nivelul de oxigen și de energie disponibilă. Totodată ajută la instalarea unei stări generale de calm fizic și emoțional (Gomez-Perales, 2015).

Vizualizarea și imageria dirijată

Tehnicile de vizualizare sunt de asemenea folosite pentru a identifica și exprima emoții (Levy & Orlans, 2014). De exemplu, terapeutul poate adresa copilului următoarele întrebări: ”Care este culoarea inimii tale? Este tare sau este moale? Unde în corp simți furie, tristețe, frică, rușine etc? Ce acțiune fizică asociezi emoției pe care o simți?” Adesea, răspunsul copilului poate fi considerat un diagnostic în ceea ce privește starea lui emoțională: ”Inima mea este neagră și tare ca o piatră. Mă doare stomacul și am dureri de cap. Îmi vine să lovesc pe cineva.” Odată cu avansarea în procesul terapeutic, tehnicile de vizualizare pot surprinde schimbarea pozitivă de la nivelul stării emoționale a copilului: ”Inima mea este roz și a devenit mai moale. Mă simt mult mai relaxat iar durerea de stomac a dispărut. Am nevoie de multe îmbrățișări.”

Imageria dirijată este o tehnică sigură și eficientă care presupune concentrarea și direcționarea imaginației, implicând atât corpul, cât și emoțiile și simțurile. Este bazată pe principiul că mintea și corpul sunt conectate, iar corpul răspunde de parcă ceea ce este imaginat ar fi real. De exemplu, când individul este rugat să-și imagineze că mușcă dintr-o lămâie, sunt foarte mari șanse să saliveze.



Imageria dirijată mai poate fi utilizată pentru a induce o stare de relaxare, prin reducerea anxietății, reducerea gândurilor și a emoțiilor supărătoare, și prin reducerea stresului din planul fiziologic. Cercetările au demonstrat numeroasele efecte pozitive ale imageriei dirijate asupra sănătății (reduce tensiunea arterială, îmbunătățește funcționarea sistemului imunitar, scade senzația de durere etc) și asupra traumei (reduce simptomele de stres post-traumatic, creșterea optimismului și dezvoltarea capacității de reziliență).

Imageria dirijată are loc în emisfera cerebrală dreaptă și, ca atare, poate influența mintea inconștientă (memoria procedurală) și sistemul limbic, adică mesajele și experiențele care au fost înscrise în creier în primele etape ale vieții. Datorită legăturii înnăscute dintre minte și corp, imaginile create în minte pot fi la fel de reale ca evenimentele actuale externe, mai ales când sunt implicate emoții puternice. Imageria dirijată presupune o stare modificată conștiinței care mărește capacitatea copilului/adultului de a învăța și de a se vindeca. Este o stare de concentrare relaxată și de calm vigilent. Această experiență ajută la dezvoltarea sentimentului de control intern, în special a sentimentului de control asupra emoțiilor, recuperării și a schimbării, dar și a sentimentului de a avea control asupra experiențelor dureroase anterioare.

Imageria dirijată este des utilizată în terapia copilului cu tulburare de atașament. Metafora copilului interior, de exemplu, încorporează imageria dirijată și conceptul de copil interior, simbolizat printr-un ursuleț de pulș:”Imaginează-te pe tine în copilăria mică. Spune-i că este vrednic de iubire, că este bun și că nu este vina lui că anumite lucruri rele s-au întâmplat (abuz, neglijare, abandon). Ține ursulețul aproape de inima ta și oferă-i iubire și căldură.” Imageria, asociată cu simbolul copilului interior, conduc la apariția sentimentelor de iubire, grijă, suport, securitate și compasiune, înlocuind astfel sentimentele de frică, furie, anxietate, rușine și auto-dezamăgire. Copilul și îngrijitorul participă împreună la această experiență. Acest lucru contribuind la dezvoltarea legăturii dintre copil și îngrijitor prin intermediul empatiei, suportului și a onestității emoționale.

Catharsis-ul/eliberarea emoțională



Numeroase studii au demonstrat că eliberarea emoțională (catharsis-ul) este de ajutor în reducerea suferinței generată de pierderi, în tratarea sindromului de stres post-traumatic și a abuzului sexual, precum și în reducerea și controlul furiei. Cu toate acestea el s-a dovedit a fi eficient doar în asociere cu alte tehnici terapeutice, doar în cadrul unei relații terapeutice bazate pe securitate și încredere, și doar în combinație cu o componentă cognitivă (ex. restructurare cognitivă).

Amintirile traumatice ale copiilor mici sunt organizate cu preponderență la nivelul senzorial (imagini vizuale; senzații olfactive, kinestetice, auditive; valuri intense de sentimente). Experiențele emoționale și amintirile puternic încărcate afectiv sunt deconectate de gândirea rațională și de limbaj. Chiar dacă incidentele au avut loc înainte ca memoria autobiografică să fie prezentă, sentimentele provocate nu sunt uitate. Metodele prin care este facilitată eliberarea emoțională oferă acces la aceste amintiri senzoriale (Gomez-Perales, 2015).

Copilul cu tulburare de atașament este un ostatic al emoțiilor puternice. Frica, furia și durerea emoțională nerezolvată îi dictează ce să aleagă și cum să acționeze. Acest copil petrece foarte mult timp fiind în serviciul acestor emoții, în loc ca emoțiile să fie în serviciul său. Experiențele traumatice anterioare l-au învățat să-și nege propriile emoții, să le evite, să le reprime, sau să se disocieze de ele. Acum, el trebuie învățat să experimenteze, să proceseze și să exprime emoțiile într-un mod constructiv. O parte crucială a acestui proces implică eliberare emoțională, care este eficientă în următoarele condiții (Levine & Kline, 2017):

- Copilul exprimă emoția în contextul unei experiențe relaționale corective, adică, copilul interiorizează acceptarea, empatia și sprijinul din partea terapeutului.
- Rușinea se reduce pe măsură ce copilul eliberează emoții intense, față în față și într-un mediu securizant.
- Terapeutul modelează expresii constructive ale propriului său afect, cu alte cuvinte, nu reacționează la emoțiile copilului cu furie, anxietate sau șoc. Totodată el transmite mesaje importante: „Ești în siguranță cu mine și pot face față sentimentelor tale intense. Te voi învăța să-ți gestionezi emoțiile și îți voi arată cum se face acest lucru inclusiv prin exemplul meu dar și prin alte metode.”



Pierderea și doliul

Este esențial ca specialistul să ajute copilul să se confrunte cu pierderea figurilor de atașament din viața lui. Copiii cu tulburare de atașament pot experimenta o varietate de pierderi (Levy & Orlans, 2014):

- Pierderea unei figuri de atașament primar: Copilul este îndepărtat de părinți abuzivi sau neglijenți de către serviciile sociale, sau plasați într-un orfelinat.
- Pierderea unei figuri de atașament ulterioare: copilul trebuie să părăsească părinții adoptivi / asistenții maternali sau îngrijitorii dintr-un orfelinat.
- Experiența pierderilor multiple: Copilul trece printr-o varietate de case de plasament sau alte plasamente în afara casei.
- Pierderea de a nu avea niciodată o figură biologică de atașament după naștere: copilul se naște expus la droguri și este imediat dispusă măsura plasamentului sau copilul este adoptat la naștere.

Copiii cu tulburare de atașament își evită sau neagă durerea aferentă pierderii prin intermediul comportamentelor de exercitare a controlului (manipulare, minciună, superficialitate etc), sau prin comportamente cu tentă agresivă. De asemenea, pot avea fantezii de răzbunare sau de falsă „iertare” pentru a evita durerea, tristețea și rușinea. Prin utilizarea diferitelor tehnici terapeutice (metafora copilului interior, ciclul primului an, psihodramă) copilul își poate exprima direct și sincer durerea generată de pierdere.

Dezvoltarea unor relații de atașament sigur - încrederea

Un semn distinctiv al tulburării de atașament este lipsa de încredere în îngrijitori și în sine (Levy & Orlans, 2014). Crediința de bază a copilului (modelul intern de funcționare negativ) despre îngrijitorii este: „Nu pot să am încredere că îngrijitorii mă vor ține în siguranță, îmi vor îndeplini nevoile, mă vor iubi și prețui.” Iar credința de bază a copilului despre sine este: „Nu pot avea încredere că voi fi vreodată în siguranță; nevoile mele nu sunt valide; nu cred/am încredere că sunt



capabil, demn de iubire sau valoros.” Copiii cu tulburare de atașament încep terapia fără a avea încredere în terapeut, îngrijitorii lor actuali sau în capacitatea lor de a evolua.

O sarcină importantă de dezvoltare a primului an de viață este dezvoltarea încrederii de bază în contextul unei relații de atașament sigure. Sugarii care au un atașament sigur învață că neputința și vulnerabilitatea sunt stări fizice și emoționale tolerabile. Ei au încredere în îngrijitorii lor că le oferă siguranță, protecție, și împlinirea nevoilor. Sugarul și copilul mic cu atașament nesigur sau dezorganizat învață că neputința și vulnerabilitatea nu sunt stări tolerabile. Îngrijirea parentală insuficientă sau inexistentă are ca rezultat o lipsă de încredere și un nivel ridicat de anxietate, asociate cu neputința. Pe măsură ce procesul de dezvoltare se derulează, copilul devine din ce în ce mai furios, controlant și opozițional, pentru a se apăra împotriva sentimentelor de neajutorare intensă și vulnerabilitate.

Primul pas în procesul terapeutic este acela de a acompania copilul în conștientizarea lipsei sale de încredere. Următorul dialog exemplifică etapele de început ale dezvoltării încrederii, folosind „povestea atașamentului în primul an de viață”:

Terapeutul: Mama ta a avut grijă de tine și ți-a împlinit nevoile?

Copilul: Nu, nu era prea mult prin preajmă și oricum era foarte beată.

Terapeutul: Deci, ai învățat să ai încredere în ea și ai învățat să ai încredere că adulții ar avea grijă de tine?

Copilul: Nu, nu am încredere în nimeni.

Terapeutul: De aceea nu ai încredere în mama și tatăl tău [părinți adoptivi]?

Copilul: Presupun că da.

Terapeutul: Ai știut vreodată asta înainte - de ce nu ai încredere în nimeni?

Copilul: Nu, nu am știut niciodată.

Terapeutul: Poți să te uiți în ochii mei și să-mi spui de ce îți este greu să ai încredere?

Copilul: [Se uită direct în ochii terapeutului] Este greu să am încredere pentru că mama mea m-a părăsit.

Copilul din exemplul de mai sus își dă permisiunea de a fi onest și vulnerabil în relație cu terapeutul; el își împărtășește sincer lipsa de încredere în îngrijitorii săi. Ingredientele cheie ale



atașamentului sigur timpuriu, așa cum am menționat anterior, sunt acum disponibile în relația terapeut-copil, iar copilul pornește în etapa inițială a dezvoltării încrederii.

Dezvoltarea abilităților sociale

Copiii cu tulburare de atașament adesea internalizează valori antisociale, credințe și tipare de relaționare disfuncționale: lipsa de onestitate, coerciția, agresivitatea, neîncrederea, trădarea, egoismul (Blaustein, 2010). Trebuie precizat că aceste elemente nu au fost adoptate în mod conștient și că la momentul apariției lor au avut ca principală funcție supraviețuirea individului. În această ordine de idei, psihoterapia trebuie să ofere copiilor cu tulburare de atașament suficiente oportunități în care să își poată dezvolta abilitățile sociale atât de necesare în funcționarea cu succes în cadrul familiei și a societății. Acestor copii le lipsește abilitatea de a identifica și de a regla emoții, de a comunica onest, de a controla impulsivitatea și de a rezolva eficient situații problematice. Învățarea abilităților sociale nu numai că reduce riscul apariției manifestărilor comportamentale nedorite, dar chiar ajută la consolidarea încrederii în sine și a stimei de sine. Copilul experimentează în mod concret sentimentul de competență și eficiență atunci când reușește să-și controleze impulsurile, când își administrează eficient furia și când rezolvă eficient situațiile problematice cu care se confruntă. Mai mult decât atât, primește feedback pozitiv de cei din jurul său (părinți, rude, prieteni, profesori etc), ceea ce acționează ca o recompensă pentru comportamentul bun, contribuie la dezvoltarea unui concept de sine pozitiv și ajută la formarea unor relații sănătoase.

Numeroase studii au demonstrat că acei copii care au fost abuzați/neglijați/deprivați emoțional/abandonați și care ulterior au dezvoltat o tulburare de atașament sunt mult mai puțini eficienți în procesul de identificare și înțelegere a propriilor emoții, în comparație cu alte categorii de copii cu tulburări de sănătate mintală (Cassidy & Shaver, 2016). Astfel, mai întâi copilul trebuie ajutat să identifice ceea ce simte. El poate fi rugat să aleagă una dintre următoarele emoții ("Simți frică, tristețe, furie sau bucurie?"). Apoi, în cadrul relației terapeutice, copilul poate fi învățat anumite abilități de comunicare: ascultarea empatică, împărtășirea gândurilor și emoțiilor într-o



discuție ”față în față”. Copilul este încurajat să practice o comunicare verbală onestă și structurată, în locul manifestării impulsive a emoțiilor prin intermediul comportamentelor.

Dezvoltarea abilităților de comunicare

Comunicarea eficientă se află la baza atașamentului sigur și la baza relațiilor semnificative. Promovează empatia, înțelegerea, sprijinul, împlinirea nevoilor emoționale și încurajează rezolvarea constructivă a problemelor și gestionarea conflictelor. Comunicarea eficientă are următoarele obiective (Blaustein, 2010):

- Oferă un cadru propice pentru dezvoltarea unei relații constructive fundamentată pe încredere; favorizează un mediu emoțional sănătos și vindecător;
- Învăță abilități eficiente de comunicare, inclusiv abilități de ascultare și împărtășire;
- Utilizează reguli de bază menite să încurajeze dezvoltarea modalităților pozitive de interacțiune și să prevină comportamentele distructive, cum ar fi critica, disprețul, defensivă sau tăcerea pasiv-agresivă;
- Facilitează comunicarea verbală și nonverbală constructivă, inclusiv conexiunile mentale, emoționale și fizice;
- Are ca rezultat acordarea la nevoile, sentimentele și stările sufletești ale celuilalt;
- Încurajează empatia, căldura emoțională și autenticitatea; permite confruntare neamenințătoare și administrarea constructivă a conflictului;
- Conduce la dezvoltarea unor tipare de atașament sigur în cadrul relațiilor adult-copil și adult-adult;
- Favorizează manifestarea comportamentelor de tipul „bază sigură” și ”confort emoțional” în momentele de suferință și stres.

Psihoterapeutul învață membrii familiei abilități de comunicare specifice pentru a întrerupe obișnuitele comportamente și dinamici negative. În prealabil, este important să fie creat un mediu propice pentru o comunicare emoțională constructivă. Astfel, partenerii de dialog (membrii familiei, alte persoane care se ocupă cu îngrijirea copilului) vor sta pe scaune, față în față, aproape



din punct de vedere fizic, având contact vizual și ținându-se de mâini (când/dacă este adecvat). Este întocmit un contract prin intermediul căruia beneficiarii sunt întrebați dacă sunt de acord să învețe abilități de comunicare, iar terapeutul își oferă consimțământul de a-i ghida pe parcursul exercițiului. Pentru a avea succes este important să se urmeze cei șase pași întocmai (Levy & Orlans, 2014): *împărtășește, ascultă, reformulează, răspuns/feedback, inversarea rolurilor, discutarea rezultatelor.*

- *Împărtășește.* O persoană vorbește în timp ce cealaltă persoană ascultă. Se pot utiliza următoarele abilități de împărtășire:
 - Fii onest cu tine și cu partenerul tău în legătură cu ceea ce gândești, percepi și simți, chiar dacă te temi că vei face valuri.
 - Împărtășește atât gânduri cât și emoții: ”Modul în care văd eu situația este....., și acest lucru mă face să simt.....”
 - Vorbește despre tine, adică formulează propoziții cu ”Eu”. Îți asumi responsabilitatea pentru propriile percepții și emoții. Fără întrebări, învinovățiri, sarcasm sau critică.
 - Fii specific, clar și oferă exemple concrete. Nu vorbi la modul general și nu te aștepta ca partenerul să-ți citească ”gândurile”: ”Când tu....., eu o percep ca....., și atunci simt.....”
 - Fii concis. Spune un lucru sau două, și spune-le doar odată. Discursurile prelungite sunt plictisitoare și greu de urmat.
 - Fii la fel de conștient de mesajele nonverbale precum ești de cele verbale. Ce comunică corpul tău: ochii, chipul, tonul vocii, postura? Mesajele nonverbale îți pot influența partenerul dacă dorește să te asculte sau nu.
 - Fii asertiv și pozitiv. Nu-l învinovăți, critica, rușina pe celălalt.
- *Ascultă.* În timp ce partenerul tău își exprimă gândurile și emoțiilor, principala ta activitate este să fii un bun ascultător. Abilitățile unui bun ascultător sunt:
 - Fii empatic. Încearcă să înțelegi ceea ce partenerul îți comunică, indiferent dacă ești de acord sau nu. ”Probează-i pantofii. Pune-te în locul lui. Ascultă ideile,



opiniile, percepțiile, emoțiile și nevoile partenerului, chiar dacă vezi situația într-un mod diferit.

- Nu judeca. Nu judeca afirmațiile partenerului în termeni de bine-rău, frumos-urât etc. Încearcă să renunți la judecată pentru a-ți putea înțelege partenerul.
 - Nu cenzura ceea ce auzi (ascultare selectivă) și nu repeta în minte contra-argumentele. Relaxează-ți mintea și corpul astfel încât să poți auzi mesajul partenerului, fără să fii defensiv.
 - Fii conștient de mesajele nonverbale. Expresiile faciale, gesturile, poziția corporală, îl fac pe partener să înțeleagă că ești în siguranță, interesat și dispus să oferi suport?
 - Încearcă să te conectezi atât la conținut cât și la proces. Conținutul este dat de cuvinte, idei și subiect. Procesul face referire la înțelesul profund, meta-mesajele, sau mesajul din spatele cuvintelor. Care este mesajul emoțional al partenerului?
- *Reformulează.* După ce partenerul a terminat să-și exprime gândurile, emoțiile și percepțiile, reformulezi ceea ce ai auzit: ”Am auzit că.....” Această metodă se mai numește și *ogindire* deoarece trebuie să oglindești partenerului ceea ce el ți-a transmis.
- *Răspuns/Feedback.* Acum îi transmiți partenerului cât de bine s-a descurcat în poziția de ascultător. ”Da, exact acest lucru am dorit să ți-l transmit. Ai prins mesajul, mulțumesc.” Dacă ascultătorul nu a înțeles mesajul sau la interpretat greșit, îi poți spune: ”Nu am spus ceea ce mi-ai transmis tu. Lasă-mă să încerc din nou.” Este indicat și folositor să îți clarifici în fața partenerului gândurile și emoțiile, oferindu-i încă odată posibilitatea să te asculte. Obiectivul este: mesaj trimis – mesaj receptat; fără omisiuni, distorsiuni și neînțelegeri.
- *Inversarea rolurilor.* Cel care a împărtășit primul devine ascultător. Se urmează aceleași reguli și indicații descrise anterior. Cei doi parteneri au nevoie de practică pentru a stăpâni bine abilitățile de a împărtăși și de a asculta.



- *Discutarea rezultatelor.* După mai multe runde de exersare, partenerii discută despre cum li s-a părut metoda și despre cum s-au simțit în timp pe parcursul procesului. Impresiile, gândurile și emoțiile despre metodă pot fi împărtășite avându-se în vedere următoarele întrebări:
- Cum a fost să comunicați astfel?
 - Cum vă simțiți când împărtășiți onest? Cum vă simțiți când sesizați că partenerul dumneavoastră vă ascultă cu adevărat? Sau când nu vă ascultă?
 - Ce a fost mai dificil, să împărtășiți sau să ascultați? De ce?
 - Cum credeți că se va îmbunătăți relația dumneavoastră prin utilizarea acestei metode de comunicare?
 - Care credeți că ar fi potențialele dificultăți atunci când o să utilizați în viitor această metodă?

Dezvoltarea abilităților de autoreglare emoțională și control al furiei

Abilitatea de controla impulsurile, emoțiile și nivelurile de excitație se învață în primii trei ani din viață în cadrul unei relații de atașament sigur. Copilul cu tulburare de atașament nu a reușit să-și însușească această abilitate din cauza faptului că a internalizat niște modele mai puțin sănătoase în ceea ce privește autoreglarea emoțională. În acest context, psihoterapeutul oferă un model și încurajează copilul să practice abilitățile de auto-control: gândește înainte să acționezi; pauză pentru liniștire; dialogul pozitiv cu sine; exprimarea verbală a emoțiilor; solicitarea ajutorului și a feedback-ului; monitorizarea corpului pentru detectarea indiciilor de tensiune și emoții; tehnici de relaxare a minții și corpului (Blaustein, 2010).

Deoarece copiii cu tulburare de atașament manifestă mai des tendința de a fi impulsivi, agresivi și violenți (crize de furie, comportament agresiv față de alte persoane, distrugerea proprietății etc), este important ca ei să învețe abilitatea de a-și controla eficient furia. Un obiectiv principal ar fi să învețe să-și controleze furia într-un mod constructiv – să dobândească un autocontrol adecvat (în funcție de vârstă, particularități individuale, context etc) și să fie capabili să facă față eficient situațiilor dificile. Însă, înainte ca furia să poată fi controlată, ea trebuie



înțeleasă. Furia este o emoție care rezultă cel mai frecvent din *gândire*. Mai exact din atitudinile și credințele despre furie și conflict; din mesajele timpurii primite de la persoanele cu rol de model; și din ”dialogul cu sine” al individului ce determină emoțiile experimentate și acțiunile întreprinse de acesta.

În mod obișnuit furia este o emoție secundară, ea poate acoperi starea de depresie, frica, pierderea, tristețea, excluderea etc. De exemplu, furia rezultă adesea în urma unei suferințe emoționale nerezolvate. Copiii care și-au pierdut ambii părinți naturali, adesea manifestă furie față de persoanele în grija cărora ajung. În acest context furia acoperă suferința emoțională și oferă o oarecare protecție pentru viitor (”Te resping înainte ca tu să mă excluzi, abandonezi etc”).

Furia mai poate rezulta și din perceperea unui oarecare sentiment de amenințare. Copiii care au experimentat abuzul, neglijarea și relații de atașament nesigur se pot simți amenințați ori de câte ori au senzația că pierd controlul. Trauma timpurie și atașamentul nesigur conduc la modificări ale creierului în curs de dezvoltare. Aceste modificări fac dificilă sarcina de a controla impulsurile, nivelul de excitație și furia. Acești copii prezintă o abilitate scăzută de a tolera frustrarea, de a fi flexibili, în schimb devenind foarte ușor agitați, furioși și stresați. Totodată, este important să fie cunoscute și particularitățile dezvoltării fizice a copiilor. Nivelurile ridicate de stres datorate privării de somn, dietei necorespunzătoare și sedentarismului pot duce la furie. De exemplu, atât hipoglicemia cât și hiperglicemia pot declanșa atât stres, cât și furie (Levy, 2000).

Controlul furiei este o abilitate emoțională ce poate fi învățată atât de copii cât și de adulți. Învățarea presupune practică. Mai întâi este bina ca practică să fie realizată într-un mediu sigur, cu ajutorul jocului de rol. Apoi, aceleași deprinderi trebuie practicate în situații reale.

Abilitatea de control a furiei include următoarele abilități și pași (Levy & Orlans, 2014): identificarea și abordarea emoțiilor subiacente (primare); conștientizarea declanșatorilor interni și externi ai furiei; înțelegerea mesajelor timpurii primite de la modelele parentale; recunoașterea dialogului intern; cunoașterea secvențelor propriei furii; conștientizarea mesajelor corporale; identificarea stilului conflictual; rezolvarea de probleme.

Identificarea și abordarea emoțiilor subiacente. Furia este de obicei vârful aisbergului. Există mai multe emoții care sălășluiesc sub suprafață. *Sarcină:* Practicarea identificării emoțiilor



care se află sub furie. Copilul trebuie să descrie o situație în care s-a înfuriat pentru ca mai apoi să identifice emoțiile subiacente.

Conștientizarea declanșatorilor interni și externi ai furiei. Există anumite situații și acțiuni concrete care atrag furia și comportamentele de furie. Ori de câte ori suntem provocați, întotdeauna stă în puterea noastră tipul de răspuns ales. Este în controlul nostru și suntem responsabili de comportament. *Sarcină:* Descrie care sunt situațiile concrete care te înfurie. Apoi descrie care a/au fost declanșatorul/declanșatorii concreți (ex. tonul vocii, expresia feței, un cuvânt anume, un comportament anume etc).

Înțelegerea mesajelor timpurii primite de la modelele parentale. Oamenii adesea se comportă în același mod în care au fost învățați, în funcție de mesajele primite și de comportamentele manifestate de către modelele parentale. Aici fiecare poate alege: care sunt mesajele și valorile despre furie pe care dorești să le păstrezi și la care vrei să renunți? Exemple de mesaje despre furie: ”violența este ok”, ”bătaia este ruptă din rai”, ”bărbații pot fi furioși, fetele nu”, ”furia duce la abuz și suferință”, ”nu fii furios”. *Sarcină:* Identifică mesajele despre furie pe care le-ai primit de la figurile parentale. Apoi, gândindu-te la fiecare figură parentală în parte, răspunde la următoarele întrebări: Ce anume te-a învățat despre furie și despre controlul furiei? Amintește-ți cum se manifesta când era furios? Care sunt valorile și mesajele pe care dorești să le păstrezi și la care dorești să renunți?

Recunoașterea dialogului intern. Dialogul intern este dialogul în care persoana vorbește cu sine însăși despre ea, ceilalți și situații. Aceste idei mentale influențează modul în care individul își soluționează conflictele și furia deoarece emoțiile vin după gânduri. Dialogul intern poate fi pozitiv ”Pot să fac asta”, sau negativ ”Nu o să reușesc niciodată”. Creșterea numărului de mesaje interne pozitive va conduce către o atitudine mai pozitivă și, implicit, către comportamente pozitive. *Sarcină:* Descrie o situație în care ai fost foarte furios. Acum descrie dialogul intern pe care l-ai avut înainte de situație, în timpul și după. Include ”discuții” despre voi înșivă, despre persoana pe care ai fost furios, și alte discuții (lume în general, principii, valori etc).

Cunoașterea secvențelor propriiei furii. Adesea furia este experimentată ca o explozie neașteptată, însă întotdeauna este însoțită de gânduri specifice și alte trăiri și stări emoționale.



Cunoașterea propriilor gânduri (dialogul intern) și conștientizarea emoțiilor îi va permite să te mai calmezi puțin astfel încât să nu ajungi să explodezi. Sarcină: Completează graficul de mai jos pentru o serie de situații în care ai fost furios (apud Blaustein, 2010).

<i>Situație</i>	<i>Gânduri</i>	<i>Emoții</i>	<i>Acțiuni/Comportamente</i>

Conștientizarea mesajelor corporale când este experimentată furia. Furia este o reacție normală atunci când este sesizat un pericol. Toate mamiferele sunt înzestrate cu reacții fiziologice specifice pentru a putea apăra și pentru a putea răspunde în caz de pericol (fugă, luptă sau încremenire). *Sarcina 1:* Identificarea indicatorilor fizici care sugerează că furia crește în intensitate – bătăi rapide ale inimii; hiperventilație; maxilar înțeleștat; dureri de cap; înroșirea obrazilor; nod în gât sau în stomac; pumni înțeleștați; palme transpirate; tremurul brațelor și a picioarelor. *Sarcina 2:* Conștientizarea limbajului corporal. Comunicarea nonverbală reușește să transmită mai multe informații decât o fac cuvintele. Limbajul corpului tău poate fi interpretat ca fiind amenințator fizic sau emoțional? Mesajele tale nonverbale transmit faptul că nu te interesează binele celuilalt și că nu ești dispus să rezolvi conflictul? Obiectivul tău este să transmiți mesaje care să-i ajute pe ceilalți să se simtă confortabil și în siguranță, și care, totodată, să conducă la soluționarea conflictului.

Identificarea stilului conflictual. Există patru stiluri prin care individul abordează conflictul și furia:

1. *Pasiv* – Ești anxios, inhibat, indirect, și nu vorbești despre drepturile și dorințele tale. Adesea, ori ești ignorat ori ceilalți profită de tine. Furia se acumulează în interiorul tău iar tu poți deveni deprimat, poți dezvolta stări anxioase și/sau simptome fizice (dureri de cap, de stomac etc), sau poți avea senzația că-ți vine să explodezi. Îți este foarte greu să spui ”Nu”, eviți conflictele sau te simți imobilizat chiar și când acestea sunt minore. Adesea presupui că tu ai greșit și ai resentimente la adresa celorlalți.



2. *Pasiv-agresiv.* Nu abordezi conflictele în mod direct, însă ești răzbunător și îi rănești pe cei care ți-au făcut rău, fără să atragi atenția asupra ta. Adesea te îmbufnezi, faci comentarii pe la spatele celui alt, te răzbuni tăcând și nevorbind.
3. *Agresiv.* Ești dominator, amenințător și îi ataci pe ceilalți. Este posibil să se întâmple așa cum îți dorești, însă nu reușești să obții respectul celor din jur. Obișnuiește să vorbești tare și să țipi, agresezi fizic, ignori sentimentele celorlalți, întrerupi, ești sarcastic, nu admiti că ai greșit, în schimb îi învinovățești pe ceilalți pentru greșelile tale.
4. *Asertiv.* Ești încrezător, transmiți mesaje clare și ești în controlul propriilor emoții. Îți aperi drepturile și ții cont de drepturile altora. Obișnuiești să utilizezi mesaje care încep cu "Eu", ai un contact vizual bun, asculți punctele de vedere ale celor din jur, spui "Nu", și stabilești limite sănătoase. Oferi soluții, nu doar te plângi, accepți critica fără să devii defensiv, și îți ceri scuze când știi că ai greșit.

Sarcină: Identifică-ți propriul stil de a rezolva conflictele. Fă-ți un plan despre cum poți fi asertiv și creează-ți un stil pozitiv și constructiv de a soluționa conflictele și de a controla furia.

Rezolvarea de probleme. Datorită furtunii emoționale interne și a refuzului de a solicita ajutor din partea celor din jur, copiii și adolescenții cu tulburare de atașament nu sunt foarte capabili să gestioneze conflictele (interne sau interpersonale) și să rezolve problemele într-un mod eficient. Astfel, dezvoltarea abilităților de soluționare eficientă a problemelor implică pe de o parte abilitatea de a accesa și utiliza resursele interne, iar pe de altă parte abilitatea de a cere ajutorul și ghidajul persoanelor din jur. Copiii și adolescenții pot învăța și practica aceste abilități care se pot prezenta în diferite forme (Blaustein, 2010):

- Identificarea unei probleme specifice
- Cumularea cât mai multor opțiuni și soluții posibile
- Discutarea alternativelor cu o persoană semnificativă
- Efectuarea unei liste cu elemente "pro"- "contra", alegeri posibile și consecințe



- Implementarea unei soluții
- Evaluarea rezultatelor pentru soluția implementată

Metode și tehnici terapeutice

Strategii pentru a spori sentimentul de siguranță și încredere

Este bine să existe discuții prealabile cu copilul/adolescentul despre ce înseamnă siguranță pentru el. Abia după ce specialistul înțelege în ce fel copilul își reprezintă conceptul de siguranță, el poate construi plecând de aici. Karen Treisman (2020) prezintă câteva idei despre cum poate fi purtată această discuție despre siguranță.

”Desenează, fă un colaj, sculptează, scrie sau reprezintă în nisip răspunsurile tale:

- Sentimentul de siguranță este precum.....
- Dacă aș da un nume sentimentului de siguranță, l-aș numi.....
- Dacă sentimentul de siguranță ar fi o culoare, ar fi.....
- Dacă sentimentul de siguranță ar fi o formă geometrică, ar fi.....
- Dacă sentimentul de siguranță ar fi un animal, ar fi.....
- Dacă sentimentul de siguranță ar fi un obiect, ar fi.....
- Dacă sentimentul de siguranță ar putea vorbi, ar spune.....Cum ar suna vocea sa?
- Reprezintă un moment în care te-ai simțit în siguranță.....

Copiii au asemănat sentimentul de siguranță cu: o pătură călduroasă, o bulă de protecție, un scut, un înger păzitor, a pluti pe un nor, a avea rădăcini ca un copac, mâini mari și iubitoare, o rază de soare pe piele etc.”

După definirea siguranței, specialistul trebuie să discute cu copilul despre crearea a două locuri sigure în care acesta să poată merge: un loc fizic real și un loc imaginar. Aceste locuri trebuie să fie ușor accesibile și să le ofere copiilor un sentiment de calm și de conținere.

În vederea constituirii unui loc fizic al siguranței copilul poate fi încurajat să și-l însușească prin invitarea acestuia de a-l numi și de-al decora. Acest loc poate fi un covoraș, un fotoliu, o anumită parte a canapelei etc. De asemenea, locul poate fi utilat cu diverse obiecte, potrivite cu



nevoile de reglare emoțională a copilului și cu preferințele acestuia. Dintre aceste obiecte putem aminti: perne decorative, mașini de făcut baloane, veioze decorative, cutii senzoriale etc. Există copii care se vor duce din proprie inițiativă în locul sigur, însă alții vor necesita o cale de a comunica faptul că au nevoie să meargă în locul lor sigur (un cuvânt special, un anumit gest etc). În timp ce alți copiii, care nici să nu-și dea seama că sunt într-o situație de instabilitate emoțională, vor avea nevoie de ajutorul adultului în acest sens. Această nouă strategie (locul sigur) trebuie să fie prezentată copilului atunci când este stabil emoțional și capabil să performeze cognitiv. Copilul poate exersa prin intermediul jocului de rol modalitatea și momentul când poate utiliza locul lor sigur.

Dacă copilul nu se poate gândi la un loc sigur real în care să se simtă în siguranță, ceea ce se întâmplă des într-un context de traumă relațională, atunci el poate fi ajutat să se gândească și să-și creeze un loc sigur imaginar sau magic. Pentru inspirație poate apela la povești, programe TV, desene animate, vise etc. Odată identificat, se va discuta cu copilul despre detaliile multisenzoriale ale acestui loc, încurajându-l să se întoarcă ori de câte ori simte nevoia. Alții copii preferă să realizeze un loc sigur pentru un animal/obiect, astfel are ocazia să contribuie la siguranța unei alte persoane sau obiect și să ajungă să se exprime în legătură cu modul în care ar vrea să fie el ajutat să se simtă în siguranță.

Nu în ultimul rând poate fi necesară prezentarea elementelor de siguranță din cadrul cabinetului. Astfel, i se poate face copilului/adolescentului o prezentare (în funcție de facilitățile cabinetului) a modului în care funcționează alarma, sistemul de supraveghere video, cine este persoana de la pază, încuietorile de la ușă, cum arată geamurile duble, registru în care se trec toți vizitatorii etc. Poate fi necesar ca terapeutul să facă aceste demonstrații de mai multe ori, dându-i astfel ocazia copilului să pună întrebări legate de siguranță (Treisman, 2016).

Regulile din cadrul psihoterapiei

Copilul trebuie să fie informat cu privire la regulile din cadrul ședințelor de terapie din etapa de evaluare. Fiecare regulă va fi discutată și explicată. Regulile devin ”contracte



comportamentale” atât pentru copil cât și pentru psihoterapeut. Regulile au menirea de a promova structura atât de necesară pentru dezvoltarea sentimentului de securitate și siguranță. Mai jos sunt enumerate câteva posibile reguli (Levy, 2000):

- Contactul vizual trebuie încurajat în toate dialogurile psihoterapeut – copil. Contactul vizual este o componentă crucială a atașamentului sigur.
- Efortul depus de specialist nu va depăși efortul depus de copil. Copilul este informat că întreaga echipă va depune un efort susținut să-i ofere ajutor, dar că este și responsabilitatea lui să depună efort. Trebuie avută o discuție cu copilul despre responsabilitatea personală și dorința de schimbare.
- Copilului îi este împărtășită așteptarea ca în cadrul ședințelor de psihoterapie să fie respectuos, responsabil, să depună efort susținut în identificarea resurselor și să colaboreze. Se vor oferi exemple concrete pentru fiecare element care să-l ajute pe copil să și le poate reprezenta la un nivel concret.
- ”Nu știu” nu este o sintagmă acceptabilă. În general, copiii spun ”Nu știu” atunci când doresc să evite discuția pe subiectul respectiv. În schimb sunt acceptabile alte două răspunsuri alternative: copilul poate solicita ajutorul psihoterapeutului (atenție, copiii cu tulburări de atașament apelează cu greu la ajutorul celor din jur), sau poate oferi cea mai bună presupunere (acest lucru încurajând introspecția și accesarea resurselor interne).
- Răspunsurile verbale vor fi exprimate adecvat. Faptul că ceilalți sunt puși în situația să aștepte un răspuns reprezintă o formă de control interpersonal și de agresivitate pasivă.
- Fără violență fizică. Majoritatea copiilor cu tulburări de atașament ori au fost victime directe ale abuzului fizic, ori au fost martori la violență. În consecință și ei sunt abuzivi și agresivi. Astfel, ei sunt încurajați să-și exprime furia verbal. Se poate întocmi un contract între psihoterapeut și copil în vederea protejării de agresiunea fizică.

Studiu de caz - Mihai (opt ani) a fost informat cu privire la regulile din cadrul psihoterapiei chiar din prima ședință de evaluare:

Terapeut: Este ok să vorbim despre regulile din terapie?



Mihai: Da.

Terapeut: Deoarece am auzit că uneori obișnuiești să încalci regulile, este foarte important să cădem de acord asupra lor și să încercăm să le respectăm. Ok?

Mihai: Ok.

Terapeut: Bine, acum uită-te în ochii mei și spune ”Domnule Sorin, te rog să-mi spui care sunt regulile”.

Mihai: Domnule Sorin, te rog să-mi spui care sunt regulile (psihoterapeutul urmărește dacă copilul menține contactul vizual și dacă utilizează o voce.

Acest simplu schimb de replici poate fi considerat începutul ”contractului coportamental” precum și începutul colaborării dintre copil și psihoterapeut.

Terapeut: Prima regulă este să ne uităm cât mai mult posibil în ochii celuilalt atunci când vorbim. Știi de ce acest lucru este important?

Mihai: Pentru că nu este politicos să nu-l privești în ochi?

Terapeut: Ai dreptate, însă și dintr-un alt motiv. Deoarece atunci când ne privim în ochi putem să avem mai multă încredere unul în celălalt și ne putem simți mai în siguranță. Când de mult te simți tu în siguranță în trecut?

Mihai: Când eram la... mama și la tata (devine agitat și începe ușor să plângă)

Terapeutul: Da, atunci.

Mihai: De fapt nu prea îmi amintesc cum era cu mama, mai mult îmi aduc aminte de certurile dintre ei. Cred că mereu trebuie să te ferești de cei din jur.

Discutarea regulilor din terapie poate fi o metodă prin care se pot identifica și exprima emoții (tristețe, furie, frică, rușine etc), și prin care pot ieși la lumină modelele negative de funcționare (credințe, așteptări etc). ”Contractele comportamentale” pot fi dezvoltate ca obiective specifice ale intervenției terapeutice.

Metafora copilului interior

Metafora este o figură de stil care constă în folosirea unui termen impropriu, dar plastic, evocator sau sugestiv, în locul termenului propriu. Astfel, deși nu există un ”copil interior”, acest



concept oferă posibilitatea atât psihoterapeutului cât și copilului să poată vorbi despre experiențele (percepții, emoții, sentimente etc) din copilăria timpurie.

Copilul este ghidat de către terapeut la o perioadă timpurie din viața lui și este rugat să se vizualizeze pe sine ca fiind acel copil. Apoi este rugat să aleagă o jucărie de pluș care să reprezinte acest copil interior. În timp ce copilul ține jucăria de pluș în mâini el este încurajat să pretindă că aceasta este el atunci când era copil mic. Obiectivele analizării copilului interior sunt (Levy & Orleans, 2014):

- Facilitarea identificării și înțelegerii experiențelor din copilăria timpurie, când modele interne (credețe fundamentale, așteptări etc) au început să se formeze și când experiențele emoționale intense au conturat ceea ce este copilul în prezent. Trebuie precizat că toate percepțiile viitoare, comportamentele și alegerile sunt influențate de fundamentul acestor modele interne și experiențe timpurii.
- Oferirea unui mijloc care să faciliteze vindecarea traumelor relaționale din copilăria timpurie.
- Promovarea dezvoltării unor competențe emoționale atât de necesare în cadrul unor relații de atașament sănătoase.
- Oferirea de oportunități care să-l ajute pe copil să se raporteze la sine într-un mod pozitiv. Acest lucru având drept consecințe creșterea stimei de sine, a respectului de sine, dezvoltarea unui model intern pozitiv despre sine, și experimentarea unui oarecare sentiment de control asupra traumei.

Dialogul dintre psihoterapeut și copil (în postura de copil interior) poate include mai multe dintre următoarele întrebări sau subiecte:

- ”Imaginează-ți această fetiță. Câți ani are? Ce face? Ce simte și ce gândește?” Acest tip de dialog facilitează în mod direct împărtășirea gândurilor, a emoțiilor și a amintirilor. În mod obișnuit copiii sunt dornici să experimenteze postura de copil interior și reușesc să se angajeze emoțional. Adesea identifică emoții de tristețe, frică, singurătate, neajutorare, furie, rușine etc.



- ”Ce are nevoie și ce își dorește această fetiță?”. Copilul răspunde făcând referire în special la nevoi (”Are nevoie ca cineva să o protejeze și să o țină în brațe.”) Copiii cu tulburări de atașament au învățat să se disocieze și să-și neghe propriile nevoi emoționale. Această parte din procesul terapeutic îi ajută să conștientizeze și să își asume nevoile emoționale bazale.
- ”Îmi poți spune povestea de viață a acestei fetițe? Cum a început viața ei? Din moment ce multe traume încep chiar din perioada intrauterină, copilul este încurajat să înceapă povestea vieții cu această perioadă (”Mama ta nu te-a dorit cu adevărat deoarece era tânără și nu avea experiența necesară pentru a crește un copil”). Utilizarea unui simbol extern al copilului interior (jucărie de pluș) facilitează exprimarea percepțiilor, amintirilor și a emoțiilor într-un mod mai puțin amenințător. Copilul este rugat să se adreseze direct ”copilului interior” și să facă afirmații de genul, ”Aveai nevoie de dragoste, ai crezut că este vina ta, aveai nevoie de mama ta”. Totodată, este rugat să povestească despre etapele importante din dezvoltarea sa (ex. prima zi la grădiniță) și despre evenimentele semnificative (ex. nașterea unui frate).
- ”Ce dorește fetița să spună (mamei, tatălui etc)? Poți intra în rolul acestei fetițe mici? Ce anume gândește și simte?” Copiilor le vine mai ușor să vorbească despre percepțiile și emoțiile asociate pierderilor și traumelor timpurii dacă vorbesc în numele acestui ”copil interior”. Răspunsurile obișnuite pot fi: ”Mi-e frică de tine. Te urăsc pentru că te purtai așa cu mine. Nu aveai grijă de mine.”
- ”Ai avut grijă de această fetiță mică și neajutorată?” Răspunsul la această întrebare poate evidenția disprețul față de propria persoană a copilului și cercul vicios care apare în cadrul tulburărilor de atașament (”Îngrijitorul m-a abuzat/neglijat/abandonat – Mă simt de neubuit și rău – Mă urăsc pentru ceea ce sunt – Pe ceilalți îi tratez cu răutate – ceilalți mă abuzează/neglijează/abandonează”). Copilul este încurajat să manifeste comportamente de grijă și suport față de ”copilul interior” pentru a-l învăța auto-acceptarea și iubirea de sine, pentru a întrerupe acest cerc negativ și pentru a promova dezvoltarea unor modele interne pozitive de funcționare. Abilitatea copilului de a



- identifica și de a satisface nevoile emoționale ale ”copilului interior”, de obicei reflectă măsura în care modelele interne negative de funcționare se schimbă. Obiectivul fiind o schimbare de la un model intern negativ despre sine (”Sunt rău și nu merit să fiu iubit”) la un model intern pozitiv despre sine (”Sunt bun și vrednic de a fi iubit”).
- ”Te poate ierta pentru că nu ai avut grijă de ea?” Răspunsul la această întrebare poate fi un diagnostic al capacității copilului de a atenua disprețul de sine. Psihoterapeutul informează copilul, ”Ai fost tratat rău și ai învățat să te tratezi rău”. Empatia față de propria persoană și iertarea față de sine sunt încurajate pe tot parcursul procesului terapeutic.
 - ”Cine este în controlul vieții tale dacă tu continui să te tratezi rău?” Această întrebare scoate în evidență paradoxul controlului. Copiii cu tulburare de atașament sunt motivați de o profundă și intensă nevoie de control, cu toate acestea alegerile și acțiunile din prezent sunt dictate de evenimentele și relațiile anterioare (lipsa autocontrolului). Mesajul către copil poate fi următorul: ”Când vei învăța să te accepți și să te iubești, atunci o să fii capabil să iei decizii libere (de influența trecutului) și sănătoase”.
 - ”Cum a fost viața pentru fetiță (copilul interior)?” Terapeutul îl instruieste pe copil să-i ofere „copilului interior” o descriere detaliată a vieții ei până în prezent, subliniind informațiile culese din terapie. Această întrebare oferă copilului posibilitatea de a sintetiza și integra experiențele terapeutice și este un diagnostic bun al capacității sale de conștientizare, dezvăluire și cooperare.
 - ”Cunoști pe cineva care te poate ajuta să iubești această fetiță?” În general, copiii răspund la această întrebare identificându-se cu persoanele care-i îngrijesc în momentul respectiv (ex. părinți adoptivi, asistenți maternali etc). Aceste persoane reprezentând pentru copil sursa cea mai validă în ceea ce privește iubirea și protecția. Prin intermediul acestei întrebări se produce o schimbare de perspectivă a copilului, se trece de la îndepărtarea îngrijitorului la invitarea lui în planul intimității emoționale. Copilul poate exprima concret această schimbare de perspectivă prin invitarea îngrijitorilor în cadrul procesului psihoterapeutic pentru a oferi ajutor (”Mamă, mă poți



ajuta cum să fac ca să iubesc această fetiță -copilul interior?”). Acum mama/îngrijitorul este instruit/ă să cuprindă cu brațele copilul și ”copilul interior” și să modeleze cum poate fi oferită afecțiune, suport și confort emoțional. Acest lucru contribuie la dezvoltarea pozitivă a atașamentului mamă-copil precum și la dezvoltarea legăturii dintre copil și ”copilul interior” (sine pozitiv internalizat). Îngrijitorii care anterior erau furioși, defensivi și indisponibili emoțional au acum oportunitatea de a experimenta oferirea și primirea afecțiunii. Astfel, îngrijitorii și copilul au oportunitatea să se conecteze emoțional într-un mod sigur și intim, de multe ori pentru prima dată.

- ”Ți-ai fi dorit ca aceasta să fi fost mama ta de la început?” Această întrebare contribuie la dezvoltarea pozitivă a atașamentului între copil și îngrijitor. Acceptarea mutuală și manifestarea afecțiunii crește nivelul de intimitate, încredere și securitate din cadrul relației. Mamei i se adresează o întrebare similară (”V-ați fi dorit să fiți acest gen de mamă de la început?”). Acum îngrijitorul are oportunitatea să-i transmită copilului propriile gânduri și emoții despre trauma relațională suferită de copil în trecut și să-i transmită, totodată, cât de iubit și de dorit este în prezent.

Această parte a sesiunii se finalizează cu 10-20 de minute de atașament pozitiv manifestat prin comportamente concrete (contact vizual, zâmbete, gâdilă etc). Exercițiile concrete prin intermediul cărora este întărită relația de atașament trebuie repetate de mai multe ori de-a lungul intervenției terapeutice. Antrenamentul și repetiția sunt cruciale în procesul de schimbare a relațiilor, atât în cazul copiilor cât și în cazul adulților.

Studiu de caz – Mihaela și frații ei au locuit împreună cu bunica maternă (alcoolică activă) în primii patru ani de viață. Mama Mihaelei a fost decăzută din drepturile părintești ca urmare a abuzului asupra propriilor copii, iar tatăl este necunoscut. Mihaela a fost neglijată, abuzată fizic și sexual, și a fost victimă directă și indirectă a violenței domestice. După ce a petrecut aproape un an în sistemul de protecție, a fost adoptată la vârsta de cinci ani, și în următorii cinci ani a manifestat mai multe dificultăți comportamentale printre care crize de furie, comportament sfidător, minciună, furt, distrugerea proprietății, lipsa de remușcare, lipsa relațiilor de prietenie și



a relațiilor de atașament. Modelul intern negativ s-a manifestat imediat ce a început metafora ”copilului interior”.

Mihaela: Nu vreau să vorbesc cu ea! (către jucăria de pluș care reprezintă ”copilul interior”). Nu vreau să am grijă de ea!

Terapeut: Îi poți spune de ce?

Mihaela: Nimeni nu a avut grijă de mine, așa că nici eu nu o să am grijă de tine. Trebuie să am singură grijă de mine, așa că și tu trebuie să ai grijă singură de tine. Lipsa de apreciere față de propria persoană care s-a dezvoltat prin internalizarea abuzului și a neglijării, este identificată și exprimată:

Terapeut: Cât de supărată ai fost pe micuța Mihaela (copilul interior)?

Mihaela: Sunt foarte supărată pe tine, micuțo!

Terapeut: Spune-i ceea ce simți față de ea?

Mihaela: Te urăsc (spune țipând)!

Terapeut: Este adevărat că o urăști pe micuța Mihaela?

Mihaela: Te urăsc pentru că ești un copil rău. De fapt mă urăsc pe mine de foarte mult timp. (Începe să plângă).

Prin intermediul restrukturării cognitive Mihaela are oportunitatea de a-și schimba viziunea asupra evenimentelor din trecut și de a atribui adulților responsabilitatea pentru abuzul și deprivare emoțională experimentate.

Terapeut: Poți să-i spui micuței Mihaela la ce se gândea atunci?

Mihaela: Micuță Mihaela, credeai că ești rea și că nu meriți să fii iubită.

Terapeut: Credeai că ești rea pentru că lucruri rele ți s-au întâmplat?

Mihaela: Da, am fost un copil rău. (plânge)

Terapeut: Nu a fost vina ta, însă când erai copil mic nu ți-ai putut da seama de acest lucru. Când copiii sunt iubiți, ei gândesc că sunt buni și vrednici de a primi iubire. Însă când sunt tratați rău de către adulți, ei gândesc că sunt răi și că nu merită să fie iubiți. Spune-i micuței Mihaela adevărul așa cum îl știi tu acum.



Mihaela: Meritai să fii iubită deoarece erai doar un copil mic, însă mama ta nu te-a ajutat. Ai crezut că ești rea, dar nu erai. (Plânge.)

Mihaela este acum pregătită să experimenteze emoții pozitive în legătură cu propria persoană (acceptare de sine, suport, iubire etc). Toate acestea în locul disprețului față de sine și a auto-învinovății.

Terapeut: Ai tratat-o rău pe micuța Mihaela, dorești să schimbi acest lucru? Acum este șansa ta de a te schimba.

Mihaela: Vreau să mă port frumos cu ea de acum.

Terapeut: Cum îi poți arăta micuței Mihaela că îți pasă de ea și că o iubești?

Mihaela: O pot îmbrățișa. (Îmbrățișează strâns și afectuos jucăria de pluș).

Terapeut: Simți cu iubirea ta trece în inima micuței Mihaela. Ce simte acum micuța Mihaela?

Mihaela: Se simte în siguranță și fericită. Îi dau o îmbrățișare maaare. (Mihaela pare să fie relaxată și calmă)

În acest moment terapeutul îi recomandă Mihaelei să îi spună și îngrijitorului din prezent povestea ”micuței Mihaela”. Îngrijitorul și Mihaela discută despre experiențele din copilăria timpurie, despre cum Mihaela se ura pe sine și cum își ura mama naturală, și despre schimbările pozitive din prezent. Îngrijitorul îi oferă suport și validare, și, pentru prima dată, apare o apropiere autentică și profundă.

Psihodrama

În general, copiii întâmpină dificultăți firești în a-și exprima verbal gândurile și emoțiile. Ei preferând să-și manifeste stările emoționale interne prin intermediul acțiunilor și a comportamentelor. Acesta este principiul care se află în spatele psihodramei, încurajarea exprimării de sine, a motivației și a implicării prin intermediul sarcinilor bazate pe acțiune. Copiii cu tulburare de atașament sunt detașați emoțional și social pentru că astfel pot evita realitățile dureroase din trecut și din prezent. Psihodrama, ca tehnică terapeutică, reușește să reducă negarea și detașarea în timp de încurajează participarea autentică. În timpul psihodramei, membrii din



cadrul echipei de lucru interpretează persoane și situații din trecutul copilului pentru ca acesta să poată conștientiza cele întâmplate și să poată lucra asupra traumelor relaționale suferite. Obiectivele acestei tehnici includ (Levy & Orlans, 2014):

- Implicarea autentică în procesul terapeutic prin intermediul unei activități ce presupune acțiune concretă.
- Încurajarea copilului să conștientizeze și să exprime percepțiile, emoțiile și răspunsurile comportamentale avute în legătură cu copilăria timpurie și cu evenimentele traumatice.
- Discutarea gândurilor și a emoțiilor asociate traumelor relaționale timpurii într-un context terapeutic sigur.
- Dobândirea unei experiențe curative care să presupună moduri alternative de a se percepe pe sine și de a-i percepe pe ceilalți, învățarea tehnicilor de reglare emoțională și de răspuns comportamental.
- Promovarea unei experiențe de vindecare care să conducă la o rezoluție emoțională (înțelegere, împăcare, iertare etc), precum și la dezvoltarea unui sentiment de control asupra celor întâmplate.

Este nevoie ca adulții, copiii și îngrijitorii să fie pregătiți pentru această experiență provocatoare din punct de vedere emoțional. Trebuie întocmită o înțelegere atât cu copilul cât și cu adulții prin intermediul căreia li se explică la ce să se aștepte pe parcursul exercițiului și li se cere acordul explicit dacă vor să participe. Psihodrama este o metodă terapeutică eficientă care îi permite copilului să se confrunte și să rezolve emoțiile și amintirile traumatice, să revizuiască percepțiile dezadaptative asupra evenimentelor din trecut, să simtă o competență sporită în a controla experiențelor traumatice și să dobândească un sentiment de siguranță și încredere în relația cu persoanele semnificative din prezent. Astfel, copilul are oportunitatea de a-i percepe pe îngrijitorii ca fiind protectori și afectuoși, și nu amenințători și de neîncredere. Îngrijitorii pot face lucruri concrete pentru a ajuta și proteja copilul vulnerabil, ceea ce-i diminuează acestuia



sentimentul de neajutorare și pesimism. Pregătirea pentru psihodramă este compusă din trei elemente:

- Pregătirea copilului – Terapeutul îi explică copilului de ce anume este recomandat acest exercițiu și ce anume se va întâmpla pe parcursul lui. Această informare are menirea de a reduce sentimentul de anxietate al copilului, oferindu-i senzația unui oarecare control asupra procesului. Se face o înțelegere verbală cu copilul, dacă acesta își dă acordul să participe.
- Pregătirea îngrijitorilor – Terapeutul după ce oferă o explicație similară îngrijitorilor, stabilește care sunt rolurile și responsabilitățile fiecărui participant. Aceste lucruri contribuie la scăderea sentimentului de anxietate al îngrijitorilor în ceea ce privește siguranța copilului și îi ajută să-și clarifice propriile lor emoții. De asemenea, este realizată o înțelegere verbală.
- Pregătirea activității – Copilul face o descriere detaliată a unei situații traumatizante din trecut care să includă emoții, percepții, senzații corporale, reacții ale figurilor semnificative, și consecințele acțiunilor. Copilul primește rolul de ”regizor” care le spune participanților ce roluri să joace și cum să joace aceste roluri în cadrul exercițiului de psihodramă. Acest lucru ajută copilul să se simtă în control și să se implice în mod autentic. Îngrijitorii și copiii sunt încurajați să fie autentici, să permită emoțiilor și reacțiilor autentice să iasă la lumină.

Studiu de caz – În primii trei ani de viață, Maria (10 ani) a fost abuzată fizic și neglijată de către mama ei și de către partenerul acesteia (nu era tatăl ei natural). Un terapeut a jucat rolul partenerului mamei.

În prima fază, partenerul mamei intră în cameră și se preface că vrea să-i facă rău fizic Mariei.

Partenerul mamei: O să te lovesc de toți pereții!

Terapeut: Ce gândești și ce simți în acest moment, Maria?

Maria: Îmi este frică că o să măucidă și nu este nimeni în jur care să mă ajute.



Terapeut: Cred că este îngrozitor pentru tine să fii singură și speriată. Ai pe cineva în viața ta acum care te-ar putea proteja?

Maria: Părinții mei adoptivi nu ar lăsa pe nimeni să-mi facă rău.

În faza a doua, partenerul mamei intră din nou în cameră și se preface că vrea să-i facă rău fizic Mariei, însă, de data aceasta, părinții adoptivi ai Mariei intervin furtunos și strigă către agresor:

Părinții adoptivi: Pleacă de aici! Lasă fetița în pace! Nu te vom lăsa să-i faci rău! (Apoi părinții adoptivi o îmbrățișează puternic pe Maria).

Maria: (către părinții adoptivi) Știu cu adevărat că mă veți proteja și că pot să am din ce în ce mai multă încredere în voi.

La final se recomandată o activitate de 20-30 de minute prin intermediul căreia este promovată o relație de atașament ”pozitivă”.

A treia etapă a procesului terapeutic – Revitalizarea

Etapă finală a procesului terapeutic este revitalizarea. Dacă primele două etape au urmărit revizitarea situațiilor dificile din trecut și revizuirea acestora, în etapa finală accentul se pune pe prezent și pe viitor. În continuare sunt prezentate componentele cheie ale acestei etape.

Redefinirea sinelui

Copilul care a trecut cu succes peste traumele relaționale din trecut este capabil să-și dezvolte o identitate nouă și pozitivă (un concept de sine pozitiv = model intern de funcționare pozitiv). Persoanele și evenimentele din trecut sunt puse în perspectivă, iar copilul este capabil să funcționeze fără să se simtă copleșit sau devastat de amintirile traumatice. Discutarea evenimentelor din trecut nu mai provoacă emoții și reacții fiziologice intense. După ce vechiul concept de sine a fost conștientizat și jelit, un nou concept de sine își face apariția, de data aceasta cu valențe pozitive – noi credințe despre sine și ceilalți, noi stiluri relaționale, noi abilități de a face față și un nou sentiment de speranță. Sentimentele de neajutorare și de izolare, experiențele de bază ale vechiului sine, sunt înlocuite cu sentimente de putere, control și de conexiune autentică



cu cei din jur. Copilul nu mai prezintă impulsul de a manifesta conștient sau inconștient tipare patologice din trecut, ci își dezvoltă noi modalități de a gândi, simți și interacționa. El este capabil de încredere, afecțiune, empatie și reciprocitate în relațiile sale cu familia și cu ceilalți. Vechea nevoie de putere și control asupra celor din jur, pentru a compensa sentimentele de frică și neputință, este înlocuită de un sentiment de competență personală și control. ”Pseudoindependența” este transformată în încredere în sine și autonomie autentică. Pe măsură ce copilul permite ca nevoile din cadrul relației de atașament să-i fie satisfăcute (intimitate, interdependență, încredere, siguranță etc), simultan își dezvoltă și un concept de sine stabil (Gomez-Perales, 2015).

Atașamentul sigur este un factor protector ce dezvoltă reziliența copilului în fața adversităților emoționale. Practic, copilul posedă acum un credit emoțional pozitiv la care poate apela în momentele de stres emoțional.

Revitalizarea mediului familial

Revitalizarea mediului familial are loc pe două niveluri: revitalizarea relațiilor din cadrul familiei, precum și revitalizarea interacțiunilor dintre familie și persoanele din exterior. În acest punct al intervenției membrii familiei experimentează siguranță, încredere sporită, intimitate, comunicare eficientă, îmbunătățirea abilităților de rezolvare a problemelor și de soluționare a conflictelor, limite clare, și un sentiment de apartenență la grup. Climatul familiei bazat pe neputință și negativitate este înlocuit cu un climat bazat pe optimism, entuziasm și jovialitate. Membrii familiei se pot distra și se pot bucura de timpul petrecut împreună. Adulții se simt mai încrezători atât în relația lor de parteneriat, cât și în rolul parental. Sunt îmbunătățite comunicare conjugală, gestionarea conflictelor și apropierea emoțională. Ei funcționează ca o echipă unită și se simt încrezători în capacitatea lor de a fi eficienți. De asemenea, odată cu creșterea încrederii, siguranței și a respectului din cadrul familiei, se îmbunătățesc și relațiile dintre frați.

Nu în ultimul rând, familia devine capabilă să utilizeze și să beneficieze de resurse externe, cum ar fi grupuri de sprijin, rude extinse, afilieri religioase și oportunități recreative. Astfel, familia devine capabilă să treacă de la frică, izolare și simpla administrare a crizelor, la interacțiuni care implică experimentarea sentimentelor de împlinire și validare (Levy & Orlans, 2014).



Evoluția morală și spirituală

Deconectarea de sine și de persoanele din jur este convertită în stimă și grijă de sine, precum și în abilitatea de a forma relații satisfăcătoare bazate de siguranță și încredere. Odată ce copilul și membrii familiei învață să renunțe la frici, resentimente și la nevoia de a se autoproteja instinctiv, mințile și inimile devin deschise către credințe și valori emoționale și spirituale: compasiune, iertare, empatie, credință, pace, armonie etc (Levy, 2000).

Iertarea

Iertarea este o componentă importantă a recuperării emoționale în urma unei traume relaționale. Ea este asociată cu sănătatea mentală, relațională și spirituală. Cercetările au arătat că furia scade după iertare și că neiertarea îi lasă pe oameni ostili și cu un nivel ridicat al ruminății în ceea ce privește durerea și trauma lor (McCullough et al, 2001). Iertarea implică elemente cognitive, emoționale și comportamentale și se concentrează în jurul a două procese emoționale: 1) soluționarea furiei, fricii, suferinței și a sentimentului de rușine; 2) generarea unor emoții pozitive – empatie, înțelegere și compasiune. Astfel, iertarea reduce intensitatea emoțiilor ce produc disconfort și promovează experimentarea unei dispoziții pozitive. Pot fi facilitate o varietate de experiențe de iertare: iertare de sine; copilul poate ierta părinții pentru deprivare emoțională și abandon; adulții care îngrijesc copilul și copilul se pot ierta reciproc; de asemenea, frații și copilul se pot ierta reciproc.

Ca proces, iertarea poate fi definită și din punct de vedere psihologic și din punct de vedere spiritual. În lucrul cu familiile și cu copiii cu tulburare de atașament, iertarea survine în momentul în care oricare dintre actorii relației nu mai este controlat de emoții ”negative” vis-a-vis de persoana celuilalt. De obicei acest lucru presupune parcurgerea unui proces cu patru etape (Levine, 2022):

- Experimentarea și exprimarea directă a furiei. Furia continuă, conștientă sau inconștientă, împiedică manifestarea procesului de perlaborare a traumei relaționale și, implicit, apariția iertării.
- Recunoașterea autentică și experimentarea suferinței ce are legătură cu pierderea unei persoane semnificative.



- Acceptarea pierderii fără a prezenta percepții distorsionate sau fantezii nerealiste asupra evenimentelor.
- Integrarea tuturor pierderilor anterioare. Orientarea către viitor cu noi resurse personale, abilități, sensuri și relații sociale pozitive.

Există numeroase cercetări care au evidențiat faptul că persoanele care au scorat peste medie la scalele iertării, prezentau nivele semnificativ mai mici ale tensiunii arteriale, anxietății, depresiei, precum și un nivel mai ridicat al stimei de sine (Briggs, 1997).

Studiu de caz – Mama Iolande avea 16 ani când a născut-o. Tatăl nu a dorit să știe de ea. Imediat după naștere a fost preluată de serviciul de asistență socială, iar la trei luni a ajuns în grija mamei. În următorii doi ani și jumătate, Iolanda a fost separată de mama ei de mai multe ori, deoarece aceasta din urmă nu reprezenta o garanție morală pentru creșterea și dezvoltarea ei. La vârsta de trei ani mama a fost decăzută din drepturi, iar Iolanda a intrat în programul de adopție.

În prezent Iolanda are 11 ani și este implicată într-un proces psihoterapeutic. Aproximativ după două luni de intervenție, atât Iolande cât și părinților ei adoptivi le-a fost introdus ritualul iertării numit ”bagheta magică”. Pe parcursul procesului terapeutic, Iolanda s-a confruntat și a lucrat cu furia și suferința resimțite în legătură cu deprivarea emoțională, neglijarea și abandonul experimentate în trecut, și acum este pregătită să înceapă procesul de iertare.

Terapeutul: Să ne imaginăm pentru 10 minute că am o baghetă magică și că poți vorbi onest și deschis cu mama ta naturală care te va asculta și te va înțelege. Ce anume dorești să-i spui mamei tale?

Iolanda: (către co-terapeutul care interpretează rolul mamei naturale) De ce m-ai părăsit? De ce nu ai avut grijă de mine și nu m-ai iubit?


Mama naturală: Eram foarte tânără, înfricoșată și singură. Nu știam cum să am grijă de tine, tu fiind un bebeluș.

Iolanda: Te-am urât în toți acești ani și am fost furioasă și m-am învinovățit pentru toate cele întâmplate.

Mama naturală: Nu a fost vina ta, tu meritai să fii iubită. Eu nu am putut să fac asta...eu nu am putut să te iubesc.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Iolanda: Acum, după ce am discutat și cu acești oameni (arată către terapeuți), am înțeles că nici tu când erai mică nu ai primit ceea ce aveai nevoie.

Mama naturală: Oare mă poți ierta pentru faptul că nu am fost lângă tine când ai avut nevoie?

Iolanda: Acum, că am mai scăpat de furia și tristețea, poate o să încep să te pot ierta.

După acest dialog cu mama naturală, mama adoptivă discută cu Iolanda despre emoțiile ei din momentul prezent, ținând-o în brațe. Mama adoptivă a susținut dorința lui Jackie de a-și ierta mama naturală. Intervenția a presupus inițierea procesului de iertare, a întărit atașamentul dintre Jackie și mama ei adoptivă, și a redus riscul apariției unui „conflict de loialitate” (ex. Trebuie să aleg pe care mamă s-o iubesc).



Bibliografie

1. Ainsworth Mary Salter, Mary Blehar, Everett Waters, Sally Wall, *Patterns of attachment – A psychological study of strange situation*, Ed. Psychology Press, 1978.
2. Blaustein Margaret, Kristine M. Kinniburgh, *Treating traumatic stress in children and adolescents : how to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency*, Ed. The Guilford Press, 2010.
3. Bowlby John, *O bază sigură*, Editura Trei, 2011.
4. Bowlby John, *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books, 1973.
5. Bretherton, I., & Ridgeway, D. *An attachment story completion task to assess young children's internal working models of child and parents in the attachment relationship*. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*; Chicago: University of Chicago Press, 1990.
6. Briggs D, *Forgiveness, first step in healing process*, Denver Post, 1997.
7. Brisch, Karl Heinz, *Treating attachment disorders: from theory to therapy*, Ed. The Guilford Press, 2012.
8. Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. G. *Finding order in disorganization: Lessons from research on maltreated infants attachments to their caregiver*. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1989.
9. Crittenden, P. M. *Attachment and psychopathology*. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. Hillsdale, Routledge, 2009.
10. Cummings, E. M. *Classification of attachment on a continuum of felt security: Illustrations from the study of children of depressed parents*. In M. T. Greenberg, D.



- Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press, 1990.
11. *Diagnostic Classification: 0 – 3*; Editura - ZERO TO THREE: National Center for Infants, Toddlers, & Families; 1994.
 12. Geldard Kathryn, Geldard David, Yin Foo Rebecca, *Consilierea copiilor – o introducere practică*, Ediția 2, Editura Polirom, 2019.
 13. George, C., & Solomon, J. *Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press, 1999.
 14. Goldberg S., *Attachment and childhood behavior problems in normal, at-risk, and clinical samples*. In L. Atkinson & K. J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology*. New York: Guilford Press, 1997.
 15. Gomez-Perales Niki, *Attachment-focused trauma treatment for children and adolescents :phase-oriented strategies for addressing complex trauma disorders*, Ed. Routledge, 2015.
 16. Greenberg, M. T., DeKlyen, M., Endriga, M. C., & Speltz, M. L. *The role of attachment processes in externalizing psychopathology in young children*. In L. Atkinson & K. J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology*. New York: Guilford Press, 1997.
 17. Harwood Robin, Scott A. Miller, Ross Vasta, *Psihologia Copilului*, Polirom 2010.
 18. Hofer, M. A. *Hidden regulators: Implications for a new understanding of attachment, separation, and loss*. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1995.
 19. Howe David, *Child Abuse and Neglect*, Ed. Palgrave Macmillan, 2005.
 20. Foa B. Edna, Elizabeth A., Hembree, Barbara Olasov Rothbaum, *Prolonged exposure therapy for PTSD : emotional processing of traumatic experiences: therapist guide*, Oxford University Press, 2007.



21. Follette M. Victoria, Josef I. Ruzek, *Cognitive-behavioral therapies for trauma*, Ed. Guilford Press, 2006.
22. Fonagy, Peter, *Attachment theory and psychoanalysis*, Karnac, 2001.
23. Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2008). *Psychanalytic constructs and attachment theory and research*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed). New York: Guilford Press, 2008.
24. Gabor Mate, *Pe tărâmul fantomelor înfometate*, Editura Herald, 2019.
25. ICD 10 - <https://icd.who.int/browse10/2010/en#/V>
26. ICD 11- <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1867081699>
27. Jasmin Lee Cori, *Mamă, tu unde erai atunci? Efectele neglijării emoționale*, Editura Trei, 2021.
28. John Santrock, *Children*, Ed. McGraw-Hill Education, New York, 2016
29. Jude Cassidy, Phillip Shaver, *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*, Ed. Guilford, 2016.
30. Kirsch, Irving, *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*. New York, Ed. Basic Books, 2010.
31. Levine Peter, Kline Maggie, *Cum să îi ajutăm pe copii să facă față traumelor*, Ed. For You, București, 2017.
32. Levine Peter, *Într-o voce nerostită - deblocarea traumelor și restabilirea stării de bine*, Ed. Pagina de Psihologie, 2022.
33. Levy Terry, *Handbook of attachment interventions*, Ed. Academic Press, 2000.
34. Levy M. Terry & Michael Orlans, *Attachment, trauma, and healing : understanding and treating attachment disorder in children and families*, Ed. Jessica Kingsley Publishers, 2014.
35. Lieberman, A. F., & Pawl, J. H. *Disorders of attachment and secure base behavior in the second year of life: Conceptual issues and clinical intervention*; In M. T.




- Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press, 1990.
36. Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., & Zoll, D. *Patterns of maternal behavior among infants at risk for abuse: Relations with infant attachment behavior and infant development at 12 months of age*. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment*. New York: Cambridge University Press, 1989.
37. Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. *Attachment Disorganization: Genetic Factors, Parenting Contexts, and Developmental Transformation from Infancy to Adulthood*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford, 2008.
38. Main, M., & Solomon, J. *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press, 1990.
39. Main, M., Hesse, E., & Kaplan, N. *Predictability of attachment behavior and representational processes at 1, 6, and 19 years of age: The Stony Brook Adult Relationship Project*. In K. E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. New York, Guilford Press; 2005
40. May Rollo, *Power and Innocence*, ed. W.W. Norton, 1972.
41. McCullough Michale, Kenneth Pargament & Carl Thoresen, *Forgiveness: Theory, Research, and Practice*, New York: Guilford Press, 2001.
42. Minde, K., Corter, C., & Goldberg, S. *The contribution of twinship and health to early interaction and attachment between premature infants and their mothers*. In J. D. Call, E. Galenson, & P. I. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry*. New York: Basic Books, 1985.



43. Minde, K. *Prematurity and serious medical illness in infancy: Implications for development and intervention*. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health*, New York: Guilford Press, 1993.
44. Pearce Colby, *A short introduction to attachment and attachment disorder*, Ed. Jessica Kingsley Publishers, 2009.
45. Powell Bert, Glen Cooper, Kent Hoffman, *Cum să crești un copil sigur de sine – Parentajul bazat pe Cercul Siguranței*, Editura Trei, 2017.
46. Powell Bert, Glen Cooper, Kent Hoffman, Bob Marvin, *The circle of security intervention*, Ed. The Guilford Press, 2014.
47. Porges Stephen, *The Pocket Guide to the Polyvagal Theory*, Ed. W. W. Norton & Company, 2017.
48. Romila Aurel (coord. Științific), DSM IV TR, *Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale 2000 – Ediția a patra revizuită*, Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2003.
49. Rosenthal R. și Jacobson L., *Pygmalion in the Classroom: Teacher Expectation and Pupils' Intellectual Development*. Ed. New York: Holt, Reinhart and Winston, 1968.
50. Sameroff Arnold J, Lewis Michael, Miller Suzanne, *Handbook of developmental psychopathology*, Springer, 2000.
51. Seligman Martin, *Helplessness: On Depression, Development, and Death*, Ed. Freeman, San Francisco, 1993.
52. Siegel Daniel, *Pocket Guide to interpersonal neurobiology*, Ed. W. W. Norton & Company Ltd., Castle House, 2012.
53. Siegel Daniel, *Mindsight - Noua știință a transformării personale*, Ed. Herald, București, 2021.
54. Schore Allan, *Știința artei psihoterapiei - Neuroștiința dezvoltării afective și neuropsihiatria dezvoltării*; Ed. Herald, 2020.
55. Schore Allan, *Știința Artei Psihoterapiei - Terapia reglării afectului și neuropsihanaliza clinică*, Ed. Herald, 2019.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

56. Sroufe Alan, Byron England, Elisabeth Carlson, Andrew Collins, *The development of the person – The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*, Guilford Press, 2005.
57. Treisman Karen, *Instrumentar de tehnici terapeutice creative – Cum lucrăm cu adolescenții și copiii cu traumă de dezvoltare*, Ed. Trei, 2020.
58. Treisman Karen, *Working with relational and developmental trauma in children and adolescents*, Ed. Routledge, 2016.
59. Vedhara Kavita, Irwin Micheal, *Psihoneuroimunologie umană*, Editura Trei, 2017.
60. Vivien Prior & Danya Glaser, *Understanding attachment and attachment disorders : theory, evidence, and practice*, Ed. Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia, 2006
61. Zeanah Charles, *Handbook of infant mental health*, The Guilford Press, 2019.