

Charakterystyka stylów przywiązania u dorosłych osób z rozpoznaniem zaburzeń psychiatrycznych – przegląd badań

Characteristics of attachment styles in adults diagnosed with psychotic disorders – a research review

Jarosław Stusiński¹, Wojciech Merk², Michał Lew-Starowicz²

¹ Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,
Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii

² Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Klinika Psychiatrii

Summary

Attachment theory offers a coherent conceptualisation of emotional bond formation, social functioning and affect regulation, which can be helpful in explaining the onset and course of mental disorders, as well as optimising the healing process. Despite the growing interest in the importance of attachment in psychopathology, this issue has not been explored in the population of patients suffering from psychotic disorders (PD) in Poland.

The aim of this study is a comprehensive approach to attachment in adults in the context of PD, i.e. to integrate existing reports on the specificity of attachment in adults with PD and the role of attachment in the aetiology of PD, its course, patients' functioning, and the healing process. Attachment can provide an important theoretical perspective, offering opportunities to understand PD and to plan clinical strategies tailored to the individual needs of patients.

Among people with psychotic disorders, insecure attachment patterns are more common, which corresponds to reports of increased prevalence of traumatising childhood experiences in this group. Insecure attachment can negatively affect the psychosocial functioning of people diagnosed with psychotic disorders in interpersonal relations, metacognitive skills and affect regulation. Relationships between insecure attachment and the severity and specificity of productive symptoms, especially hallucinations and delusions have been demonstrated. Patient attachment patterns can affect the interpersonal component of psychosis treatment, including relationships with psychiatric staff and therapeutic alliance. Considering this perspective by adjusting interactions to patient attachment patterns, as well as increasing safety in the therapeutic relationship can translate into improved patient treatment.

Słowa kluczowe: przywiązanie, zaburzenia psychiatryczne, relacje interpersonalne

Key words: attachment, psychotic disorders, interpersonal relations

Wstęp

Badania dotyczące specyfiki przywiązania u osób chorujących na zaburzenia psychiatryczne (ZP) oraz jego znaczenia w powstawaniu, przebiegu i leczeniu tych schorzeń prowadzone są od około trzech dekad¹. Według wiedzy autorów do tej pory nie zostało opublikowane żadne badanie przekrojowe ani prospektywne z tego zakresu przeprowadzone na polskiej populacji osób z rozpoznaniem ZP. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie podstaw teoretycznych i podsumowanie aktualnej wiedzy na temat przywiązania u dorosłych osób z rozpoznaniem ZP².

Teoria przywiązania

Teoria przywiązania wprowadzona przez Bowlby'ego [1] zakłada, że wczesne relacje z podstawowymi opiekunami kształtują sferę późniejszego funkcjonowania relacyjnego jednostki. Przywiązanie (*attachment*) oznacza typ formułowanej w odniesieniu do konkretnej osoby trwałej więzi uczuciowej, cechującej się pragnieniem bliskości i doświadczaniem stresu w sytuacji niechcianej separacji. Wczesnodziecięce doświadczenia prowadzą do sformułowania modeli operacyjnych (*working models*) złożonych z umysłowych reprezentacji siebie, innych osób oraz związków z nimi, stanowiących podstawę do interpretacji doświadczeń, kierowania swoim zachowaniem oraz regulacji nastroju. Prawidłowo funkcjonująca relacja z opiekunami powinna jednocześnie pozwalać na eksplorację i rozwój niezależności, jak również zapewniać poczucie bezpieczeństwa i neutralizować negatywne emocje [2–4]. Potrzeby związane z przywiązaniem są uruchamiane w sytuacji doświadczania negatywnych zdarzeń czy emocji i ulegają zaspokojeniu poprzez bliskość opiekunów i ich szybkie reagowanie – zapewnienie komfortu i opieki [5]. Badania Ainsworth i wsp. [6] oceniające reakcje dziecka w sytuacji separacji od opiekuna („procedura obcej sytuacji”) pozwoliły na wyodrębnienie trzech zorganizowanych wzorców przywiązania: bezpiecznego, unikowego i ambiwalentnego. Main i Solomon [7] uzupełniły ten podział o wzorzec dezorganizowany. Te wzorce, zwane stylami przywiązania (*attachment styles*), zostały również opisane w odniesieniu do dorosłych.

Bezpieczne przywiązanie (*secure attachment*) kształtuje się w relacji z dostępnym i wrażliwym opiekunem i w dorosłości jest wyrażane poprzez zdolność do tworzenia bliskich relacji emocjonalnych przy jednoczesnym zachowaniu autonomii. Pozostałe trzy style reprezentują pozabezpieczne przywiązanie (*insecure attachment*). Przywiązanie unikowe (*avoidant*) powstaje w wyniku nauczenia się przez dziecko hamowania ekspresji emocjonalnej ze względu na jej nieskuteczność w wywoływaniu oczekiwanej reakcji opiekunów i skierowanie uwagi na eksplorację. W dorosłości cechuje się nadmierną kontrolą emocjonalną, unikaniem bliskich relacji i koncentracją na osiągnięciach [2–5]. Bartholomew [8] wyróżniła dwa typy przywiązania unikowego:

¹ Zestawienie badań na ten temat znajdzie czytelnik w trzech przeglądach literatury [2, 3, 11] i metaanalizie [9].

² W pracy pominięto zagadnienia oceny przywiązania dokonywanej przez dzieci i młodzież z ZP oraz oceny więzi z rodzicami w dzieciństwie dokonywanej przez dorosłych pacjentów [por. 2, 3, 9].

bojaźliwy (*fearful*), w którym unikanie ma chronić przed odrzuceniem czy zranieniem, oraz oddalający (*dismissing*), w którym unikanie ma zabezpieczać poczucie niezależności i samodzielności. Przywiązanie lękowe (*anxious*), zwane także ambiwalentnym (*ambivalent*), lękowo-ambiwalentnym (*anxious-ambivalent*) lub zaabsorbowanym (*preoccupied*), jest następstwem niespójnej dostępności opiekunów i stałej potrzeby przyciągania ich uwagi, skutkującej wyolbrzymianiem negatywnych emocji i ograniczeniem eksploracji. Ten wzorzec prowadzi w dorosłości do niedostatecznych kontroli emocjonalnej i autonomii, wiążących się z nadmierną ekspresją negatywnych emocji i dużą zależnością. Przywiązanie zdeorganizowane (*disorganized*) zostaje ukształtowane, gdy opiekunowie sami są przez dziecko postrzegani jako źródło niepokoju czy zagrożenia i jest powiązane z doświadczeniem w dzieciństwie negatywnych zjawisk, np. zaniedbania, straty czy różnych rodzajów przemocy. Wyróżniono dwa typy tego stylu: nierozwiązany (*unresolved*), charakteryzujący się epizodycznymi zaburzeniami zorganizowanych wzorców, oraz niemożliwy do sklasyfikowania (*cannot classify*), cechujący się brakiem dominujących zorganizowanych wzorców. Przywiązanie zdeorganizowane nie pozwala na wytworzenie spójnych strategii regulowania emocji i tworzenia relacji interpersonalnych. W literaturze przedmiotu często spotyka się pogląd, że zdeorganizowane przywiązanie w dorosłości reprezentuje styl bojaźliwy, cechujący się wysokim nasileniem zarówno lęku, jak i unikania w relacjach interpersonalnych [2–5, 9, 10].

Style przywiązania wykazują względną stabilność w czasie. Przywiązanie w dorosłości nie zależy jednak zupełnie od ukształtowanych w dzieciństwie wzorców i może być modyfikowane przez późniejsze doświadczenia, np. stratę i/lub stworzenie ważnych relacji czy traumę. Trzeba również zaznaczyć, że relacje tworzone między dorosłymi istotnie różnią się od relacji opiekun–dziecko w zakresie ich specyfiki (wzajemność opieki) oraz spełnianych funkcji (więzi seksualne, towarzystwo, wspólne doświadczenia i cele etc.) [2–5].

Pomiar przywiązania w dorosłości

Wyróżniane są dwa podejścia do pomiaru przywiązania u dorosłych: narracyjne i samoopisowe [2, 11]. Podejście narracyjne reprezentuje *Adult Attachment Interview* (AAI) opracowany przez Main i wsp. [12]. Jest to częściowo ustrukturyzowany wywiad określający „stany umysłu” w odniesieniu do przywiązania na podstawie oceny spójności narracji jednostki w opisie swoich relacji z rodzicami. Na tej podstawie badani są kwalifikowani do jednego z czterech stylów: autonomicznego, oddalającego, zaabsorbowanego i nierozwiązanego.

W obrębie podejścia samoopisowego badani oceniają swoje przywiązanie w odniesieniu do relacji tworzonych w dorosłości, zwłaszcza romantycznych. Hazan i Shaver [13] jako pierwsi uznali, że procesy przywiązaniowe w dorosłości reprezentuje miłość romantyczna. Skonstruowany przez nich *The Adult Attachment Questionnaire* (AAQ) pozwala na kwalifikowanie badanych na podstawie ich relacji z partnerami/partnerkami do jednego z trzech stylów przywiązania wyróżnionych pierwotnie przez Ainsworth (bezpieczny, unikowy i lękowo-ambiwalentny). To ujęcie zaowocowało

powstaniem kolejnych narzędzi kategoryzujących prototypy przywiązania u dorosłych [2, 3, 11].

Alternatywnie do modelu kategoryzującego przewidywanego zróżnicowane prototypy przywiązania może być oceniane w modelu dymensjonalnym, to jest w odniesieniu do dwóch wymiarów: ujmowanych w znaczeniu afektywno-behawioralnym jako lęk i unikanie bądź w znaczeniu poznawczym jako model siebie i innych [2, 3]. Bartholomew [8] zaproponowała model uwzględniający zarówno prototypy, jak i wymiary przywiązania. W tym ujęciu konfiguracja wymiarów pozytywnego lub negatywnego modelu siebie (lęku) i innych (unikania) pozwala na wyodrębnienie czterech kategorii przywiązania: bezpiecznego, zaabsorbowanego, oddalającego i bojaźliwego. Stwierdziła także, że poszczególne wzorce nie mają charakteru rozłącznego, lecz często nachodzą na siebie.

Narzędziem przeznaczonym do oceny przywiązania u osób dorosłych z diagnozą ZP jest *Psychosis Attachment Measure* (PAM) opracowane przez Berry i wsp. [14]. Nie uwzględniono w nim pytań dotyczących romantycznych relacji, lecz skoncentrowano się na aktualnym stosunku badanych do ważnych osób w ich życiu. Zestawienie narzędzi do oceny przywiązania stosowanych w badaniach wśród pacjentów z ZP zawarto w tabeli 1.

Gumley i wsp. [11] w systematycznym przeglądzie literatury na temat przywiązania w ZP zaobserwowali wyjątkową zgodność wyników analizowanych badań, pomimo różnic metodologicznych, co uznali za dowód wspierający trafność teoretyczną pomiaru przywiązania u osób chorujących na ZP. W Polsce podstawowym narzędziem do oceny przywiązania u osób dorosłych jest *Kwestionariusz stylów przywiązaniowych* (KSP) Płopy [15]. KSP opiera się na koncepcji Hazan i Shavera, a więc odnosi się do związków romantycznych, co ogranicza możliwość jego zastosowania jedynie do osób, które takiej relacji doświadczyły.

Tabela 1. Narzędzia stosowane do pomiaru przywiązania u dorosłych osób chorujących na ZP [3, 4, 10, 11]

Nazwa	Autorzy	Zastosowanie
Adult Attachment Interview (AAI)	Main i wsp. [12]	Ocena przywiązania na podstawie opisów relacji z opiekunami w wymiarach: bezpieczne-pozabezpieczne i dezaktywacja (unikanie)-hiperaktywacja (lęk), a także w odniesieniu do czterech stylów: autonomicznego, oddalającego, zaabsorbowanego i nierozwiązanego.
Psychosis Attachment Measure (PAM)	Berry i wsp. [14]	Ocena przywiązania do ważnych postaci w wymiarach lęku i unikania.
Attachment Style Questionnaire (ASQ)	Feeney i wsp. [16]	Ocena przywiązania odnośnie do relacji z innymi w wymiarach: dyskomfortu (unikanie), relacji jako drugorzędnych (unikanie), potrzeby aprobaty (lęk), zaabsorbowania (lęk) i zaufania (lęk) oraz w odniesieniu do czterech stylów: autonomicznego, unikowego, zaabsorbowanego i ambiwalentnego.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Relationship Questionnaire (RQ)	Bartholomew i Horowitz [17]	Ocena przywiązania w zakresie wzorców przyjaźni w wymiarach lęku i unikania oraz w odniesieniu do czterech stylów: bezpiecznego, oddalającego, bojaźliwego i zaabsorbowanego.
Service Attachment Questionnaire (SAQ)	Goodwin i wsp. [18]	Ocena przywiązania w odniesieniu do personelu szpitalnego na skali bezpieczeństwa.
Revised Adult Attachment Scale (RAAS)	Collins [19]	Ocena przywiązania w romantycznych związkach na trzech skalach: bliskości, zależności i lęku.
Adult Attachment Questionnaire (AAQ)	Hazan i Shaver [13]	Ocena przywiązania w związkach romantycznych w odniesieniu do trzech stylów: bezpiecznego, unikowego i lękowo-ambivalentnego.
Experiences in Close Relationship (ECR)	Brennan i wsp. [20]	Ocena przywiązania w ważnych relacjach w wymiarach unikania i lęku.

Charakterystyka przywiązania u osób chorujących na ZP

Trzy przeglądy literatury dotyczące przywiązania u dorosłych osób chorujących na ZP, w tym dwa przeglądy systematyczne [3, 11], wskazały na większe rozpowszechnienie wśród nich pozabezpiecznego przywiązania w porównaniu z grupami kontrolnymi, przy czym wyższe wyniki notowano zwłaszcza dla wzorca unikowego [2, 3, 11]. Harder [10] stwierdza, że oddalający i zdeorganizowany wzorzec przywiązania są nadreprezentowane wśród osób chorych na ZP.

Metaanaliza Carr i wsp. [9] ujawniła znaczne rozpowszechnienie pozabezpiecznych stylów przywiązania wśród osób chorujących na ZP, wynoszące 76%, istotnie wyższe niż w grupach nieklinicznych (38%). Analiza rozkładu pozabezpiecznych stylów przywiązania wśród osób z rozpoznaniem ZP wykazała największą częstość występowania stylu bojaźliwego (38%). Styl unikowy występował u 23%, a lękowy u 17% badanych z ZP. Częstość występowania bojaźliwego przywiązania może być znacznie niedoszacowana, ponieważ ten styl nie był uwzględniany w większości badań włączonych do analizy. Ustalenia Carr i wsp. [9] różnią się od wcześniejszych doniesień na temat rozpowszechnienia stylu unikowego wśród osób z ZP. Ich zdaniem może to wynikać z różnych sposobów oceny przywiązania w poszczególnych badaniach, jak również z uwzględnienia w ich metaanalizie grup zwiększonego ryzyka wystąpienia ZP. Ogólnie jednak tak znaczne rozpowszechnienie pozabezpiecznego przywiązania wśród osób z ZP jest spójne z doniesieniami o zwiększonej częstości występowania w tej grupie we wczesnych etapach rozwoju doświadczeń, które mogą negatywnie wpływać na kształtowanie wzorców przywiązania [9; zob. też 21, 22].

Rola przywiązania w rozwoju ZP

Doświadczane na wczesnym etapie rozwoju traumy negatywne wydarzenia, zaniedbanie czy nieadekwatne oddziaływania wychowawcze są uznawane za czynniki,

które mogą wpływać na rozwój mózgu, a przez to zmieniać funkcje neuroendokrynnej regulacji afektu i funkcje poznawcze. Debbané i wsp. [23] opisali pięć neurobiologicznych ścieżek łączących pozabezpieczne przywiązanie z ryzykiem rozwinięcia ZP u predysponowanych osób, obejmujące nadaktywność osi podwzgórze–przysadka–nadnercza, dysfunkcję układu dopaminergicznego, obniżone stężenia oksytocyny oraz wpływ reakcji zapalnych układu nerwowego i stresu oksydacyjnego. Ich zdaniem nieprawidłowe procesy neurobiologiczne istotne dla rozwoju ZP mogą zachodzić pod wpływem wczesnych stresogennych doświadczeń w relacjach przywiązaniowych, szczególnie w krytycznych okresach rozwoju układu nerwowego. Rajkumar [24] scharakteryzował natomiast liczne neurobiologiczne podobieństwa między osobami z zaburzeniami przywiązania w dzieciństwie a chorującymi na schizofrenię.

Neurobiologiczne procesy łączone z pozabezpiecznym przywiązaniem mogą modyfikować dalszy rozwój psychiczny w dwóch zasadniczych obszarach. Po pierwsze, zaburzeniu mogą ulec mechanizmy regulacji afektu, co wiązałoby się ze zwiększeniem podatności na stres i jednocześnie osłabieniem zdolności radzenia sobie z nim. Po drugie, zaburzenie może dotyczyć zdolności metapoznawczych. W wypadku osób chorujących na ZP stwierdza się upośledzenie zdolności do identyfikowania i rozumienia stanów umysłowych własnych i innych osób, takich jak przekonania, emocje i intencje, określanych jako mentalizacja (*mentalization*) i teoria umysłu (*Theory of Mind*)³. Ponadto wczesne doświadczenia traumatyczne sprzyjają dysocjacji, która może stać się reakcją aktywizowaną, utrwaloną i pogłębioną przez późniejsze sytuacje stresowe, i także może negatywnie wpływać na zdolności regulacji afektu i zdolności metapoznawcze [3, 9, 11, 25, 26].

W efekcie głębokiemu zaburzeniu ulega zdolność spójnego i adekwatnego rozpoznawania i interpretowania przekazów odnośnie do siebie, innych czy sfery społecznej w ogóle, jak również nie zostają wykształcone przystosowawcze strategie radzenia sobie ze stresem. W toku rozwoju kształtowanie nieprawidłowych wyjaśnień doświadczeń społecznych w połączeniu z nadwrażliwością emocjonalną może sprzyjać początkowo objawom prodromalnym ZP, a następnie wystąpieniu pełnoobjawowego epizodu psychiatrycznego [9, 23–27].

Harder [10] zakłada, że dwa najbardziej rozpowszechnione wśród osób z ZP pozabezpieczne style przywiązania, oddalający i zdezorganizowany, wiążą się z odrębnymi mechanizmami ryzyka w rozwoju ZP. Dla stylu oddalającego wymienia dezaktywację afektu, nieprawidłową mentalizację oraz stosowanie eksternalizacyjnych strategii behawioralnych i poznawczych, dla stylu zdezorganizowanego zaś – zwiększoną wrażliwość na stres i dysocjację. Korver-Nieberg i wsp. [3] sugerują, że pozabezpieczne przywiązanie może być czynnikiem podatności dla niekorzystnego przebiegu choroby w późniejszym życiu. Wynika to ze społecznego wycofania i obniżonej jakości relacji z innymi, co samo w sobie może być źródłem stresu, jak również utrudniać ochronne działanie pozytywnych relacji społecznych.

³ W literaturze na ten temat powszechne jest utożsamianie ze sobą konstruktów mentalizacji i teorii umysłu [por. 25].

Relacji między przywiązaniem a czynnikami neurobiologicznymi predysponującymi do ZP nie należy rozpatrywać w kategoriach prostych zależności przyczynowych. Zaburzenia anatomii i fizjologii układu nerwowego właściwe dla ZP mogą manifestować się bardzo wcześnie, wywierając wpływ na relacje przywiązaniowe i kształtowane później zdolności regulacji afektu i zdolności metapoznawcze [por. 24]. Jednocześnie deficyty w tych obszarach mogą pojawiać się wraz z wystąpieniem objawów i wraz z nimi się nasilać, a gorszy przebieg choroby może się przyczyniać do pogłębienia wycofania społecznego chorych [3]. Jedyne niektóre osoby z pozabezpiecznymi wzorcami przywiązania rozwijają ZP i nie wszystkie osoby z ZP cechuje pozabezpieczne przywiązanie. Same ZP, które należy traktować jako silnie stresujące wydarzenie życiowe, mogą być czynnikiem zaburzającym przywiązanie [2, 9, 10, 24].

Przywiązanie a funkcjonowanie psychospołeczne osób z ZP

Pozabezpieczne przywiązanie, często stwierdzane w ZP, cechuje się problemami z funkcjonowaniem psychospołecznym w zakresie relacji interpersonalnych, mentalizacji i teorii umysłu oraz regulacji emocjonalnej.

Relacje interpersonalne

W badaniu Berry i wsp. [28] w grupie 58 pacjentów z ZP badani zgłaszali przeciętnie posiadanie dwóch relacji przywiązaniowych. Ocena przywiązania w relacjach z rodzicami i personelem psychiatrycznym ujawniła zróżnicowane poziomy lęku i unikania. Pacjenci zgłaszali istotnie mniej lęku w związkach z kluczowym pracownikiem w porównaniu z ogólnymi relacjami oraz relacjami z rodzicami. W relacjach z rodzicami zgłaszano za to niższe poziomy unikania. Sugeruje to, że w ZP pozostaje zachowana zdolność do modyfikowania sposobów tworzenia relacji z innymi.

Ten sam zespół wykazał w grupie 96 pacjentów z ZP powiązania między nasileniem wymiarów pozabezpiecznego przywiązania a trudnościami interpersonalnymi ocenianymi na podstawie obserwacji personelu psychiatrycznego: lęk wiązał się z nadmiernie wymagającymi zachowaniami, unikanie zaś z interpersonalną wrogością. Większe trudności przywiązaniowe w relacjach rówieśniczych, wyższe poziomy zaabsorbowania i dyskomfortu związanego z bliskością oraz większą potrzebę aprobaty wykazali Couture i wsp. [29] u 96 pacjentów z pierwszym epizodem ZP w porównaniu z 66 osobami zdrowymi.

Picken i wsp. [30] w badaniu 110 pacjentów z ZP i nadużywaniem substancji wykazali, że wyższe poziomy lęku przywiązaniowego łączyły się z większą całkowitą liczbą zgłaszanych traumatycznych interpersonalnych wydarzeń, jak również z większą ciężkością symptomów potraumatycznych. Wyższe poziomy unikowego przywiązania łączyły się natomiast ze zgłaszaniem mniejszej liczby traumatycznych zdarzeń.

Zdolności metapoznawcze

Pos i wsp. [31] ocenili powiązania między pozabezpiecznymi stylami przywiązania a teorią umysłu u 111 pacjentów z diagnozą zaburzeń ze spektrum schizofrenii, 106 zdrowych osób z ich rodzeństwa oraz 63 osób zdrowych niespokrewnionych z chorującymi (grupa kontrolna). Pacjenci mieli istotnie wyższe wyniki w zakresie zarówno lękowego, jak i unikowego przywiązania oraz uzyskali gorsze wyniki w zakresie poznawczego i afektywnego wymiaru teorii umysłu w porównaniu z rodzeństwem i grupą kontrolną. Większe nasilenie lęku wiązało się z większymi nieprawidłowościami w zakresie poznawczego aspektu teorii umysłu. Unikanie było istotnie powiązane zarówno z poznawczym, jak i z afektywnym wymiarem teorii umysłu, przy czym lepsze funkcjonowanie w tej sferze zaobserwowano u pacjentów z niskimi bądź wysokimi poziomami przywiazaniowego unikania w porównaniu z pacjentami ze średnimi poziomami przywiazaniowego unikania.

Istotnie niższe wyniki w zakresie funkcjonowania refleksyjnego wśród badanych z oddalającym przywiązaniem w porównaniu z badanymi z przywiązaniem zarówno bezpiecznym, jak i zaabsorbowanym wykazali MacBeth i wsp. [32] w grupie 34 osób z pierwszym epizodem ZP. Badanie Korver-Nieberg i wsp. [33] w grupie 32 adolescentów z wczesnymi ZP i 78 osób zdrowych nie wykazały istotnych różnic w zakresie zdolności przyjmowania perspektywy wizualnej – poznawczego wymiaru teorii umysłu kształtowanej około 2. r.ż., ani istotnych powiązań między tą zdolnością a przywiązaniem. Oznacza to, że udokumentowane w ZP deficyty teorii umysłu rozwijają się później, bardziej na skutek choroby niż w związku z relacjami przywiazaniowymi, albo dotyczą wyższych wymiarów teorii umysłu.

Regulacja emocjonalna

Owens i wsp. [34] wykazały u 49 pacjentów z ZP, że przywiazaniowe unikanie i lęk były istotnie powiązane z większymi trudnościami w regulowaniu emocji. Zwłaszcza unikanie istotnie wiązało się z nieakceptowaniem emocjonalnych reakcji oraz brakiem emocjonalnej świadomości i emocjonalnego rozumienia. Lęk, ale nie unikanie, był istotnym predyktorem regulacji emocjonalnej. Darrell-Berry i wsp. [35] wykazali w grupie 174 badanych psychotycznych i 120 osób zdrowych, że unikanie, ale nie lęk, było istotnie powiązane z cechą gniewu, a ten związek był częściowo pośredniczony przez paranoję. Badanie Ascone i wsp. [36] na 60 pacjentach z ZP i 40 osobach zdrowych potwierdziło założenie, że w związku między przywiazaniowym lękiem a paranoją pośredniczy stosowanie strategii wzmacniających emocje (samoobwiniania, ruminacji i katastrofizacji). Nie potwierdzono natomiast roli obwiniania innych w związku między unikaniem a paranoją.

Przywiązanie a charakterystyka objawów psychotycznych

Pozabezpieczne przywiązanie może zwiększać podatność na objawy psychotyczne (szczególnie w powiązaniu z trudnościami w radzeniu sobie w sytuacjach stresujących)

oraz negatywnie wpływać na przebieg ZP, gdy objawy już wystąpią [37]. Style przywiązania oddalający i bojaźliwy wiążą się ze skłonnością do kształtowania przekonań urojeniowych. Różnice między nimi co do postrzegania samego siebie (pozytywne w stylu oddalającym i negatywne w stylu bojaźliwym) mogą się jednak przekładać na różne role przypisywane sobie w systemie paranoicznych przekonań, tj. jako osoby pokrzywdzonej bądź winnej [2, 37, 38]. W wypadku halucynacji słuchowych stosunek chorych do tych halucynacji, jak również związany z nimi poziom cierpienia mogą być kształtowane przez modele operacyjne reprezentujące wcześniejsze doświadczenia interpersonalne [2, 37]. Zdaniem Berry i wsp. [26] osoby z przywiązaniem lękowym będą skłonne uznawać głosy omamowe za potężne i na zmianę życzliwe i wrogie oraz będą reagować na nie w sposób zależnościowy. Natomiast osoby z przywiązaniem unikowym raczej będą uznawać głosy za wrogie i będą się starały je tłumić lub przeciwstawiać się im. Zakłada się również, że przywiązaniowe unikanie może sprzyjać podatności na objawy negatywne, zwłaszcza na wycofanie, apatię i anhedonię [2, 25, 37].

Gumley i wsp. [11] ocenili jako małe do umiarkowanych związki między pozabezpiecznym przywiązaniem a większym nasileniem pozytywnych i negatywnych objawów, jak również większym nasileniem objawów depresyjnych i gorszą jakością życia. Metaanaliza Carr i wsp. [9] wskazała na istnienie niewielkich, lecz istotnych związków między nasileniem objawów pozytywnych a lękowym i unikowym przywiązaniem zarówno w grupach klinicznych, jak i nieklinicznych. Nie wykazano zależności między objawami negatywnymi a przywiązaniem w grupach klinicznych.

Berry i wsp. [37] sugerują, że charakterystyki przywiązaniowego lęku i unikania mogą ulegać nasileniu podczas epizodów psychiatrycznych. W prospektywnym badaniu osób z ZP wyodrębnili dwie podgrupy: 33 pacjentów w stabilnym stanie psychicznym i 21 ocenianych pierwotnie podczas ostrej ZP, które to podgrupy następnie oceniano w ciągu 6 miesięcy. Styl unikowy był powiązany z pozytywnymi i negatywnymi objawami. Związek unikania i paranoi był niezależny od nasilenia choroby. W innym prospektywnym badaniu Gumley i wsp. [11] ocenili związki między przywiązaniem a nasileniem objawów u 54 osób z pierwszym epizodem ZP w ciągu 12 miesięcy. Pacjenci z przywiązaniem zaabsorbowanym wykazali większe nasilenie objawów pozytywnych w porównaniu z pacjentami z przywiązaniem bezpiecznym zarówno na początku leczenia, jak i po 6 miesiącach.

Odnotowano zróżnicowane związki między poszczególnymi typami pozabezpiecznego przywiązania a objawami pozytywnymi. W badaniu Ponizovsky'ego i wsp. [39] na 100 leczonych ambulatoryjnie pacjentach ze schizofrenią styl zaabsorbowany wiązał się z wyższymi wynikami w zakresie urojeń i podejrzliwości/prześladowania, podczas gdy bojaźliwy był powiązany z wyższymi wynikami w zakresie zachowań omamowych. Badanie Strand i wsp. [40] w grupie 47 pacjentów ambulatoryjnych z diagnozą ZP ukazało istotne dodatnie powiązania między stylem zaabsorbowanym a ciężkością objawów, a także z wynikami w liście objawowej SCL-90-R w zakresie depresji, lęku, interpersonalnej wrażliwości, paranoi i psychotyizmu. W badaniu Wickham i wsp. [41] zaobserwowano silne związki między lękiem i unikaniem a objawami paranoicznymi w grupie 176 osób z rozpoznaniem ZP w porównaniu z grupą 113 osób bez zaburzeń psychiatrycznych. Pozabezpieczne przywiązanie nie łączyło się jed-

nak z występowaniem omamów w żadnej z grup. Taki związek częściowo uchwyciło badanie Berry i wsp. [42] – w grupie 73 pacjentów z ZP wykazano niewielkie, lecz istotne dodatnie powiązania między lękiem (ale nie unikaniem) a nasileniem głosów omamowych i związanym z nimi dystresem.

Różnice w zakresie powiązań między poszczególnymi wymiarami przywiązania a objawami psychotycznymi dokładnie udokumentowali Korver-Nieberg i wsp. [43] wśród 500 pacjentów z diagnozą ZP z trzech krajów. Analizując wyniki z perspektywy kategoryjnej, stwierdzono, że pacjenci z bezpiecznym przywiązaniem mieli najniższe poziomy psychopatologii w *Skali oceny objawów pozytywnych i negatywnych (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS)*. W porównaniu z nimi badani z jakimkolwiek typem pozabezpiecznego przywiązania mieli istotnie wyższe wyniki całkowite i wyniki w skali objawów pozytywnych, lecz nie objawów negatywnych. Wyższe wyniki w zakresie zachowań omamowych odnotowano u pacjentów z zarówno bojaźliwym, jak i oddalającym stylem przywiązania. Przywiązaniowy lęk pozwalał na przewidywanie objawów pozytywnych i afektywnych. Oba wymiary łączyły się z nasileniem omamów i urojeń prześladowczych. Nie odnotowano żadnych istotnych związków przywiązania z objawami negatywnymi ani w ujęciu kategoryjnym, ani dymensionalnym.

Ważnym czynnikiem, który może pomóc zrozumieć relacje między pozabezpiecznym przywiązaniem a objawami pozytywnymi, jest doświadczenie traumy w przeszłości. Pearce i wsp. [44] zbadały pośredniczącą rolę przywiązania i dysocjacji w związkach między dziecięcą traumą a dwoma rodzajami objawów psychotycznych: urojeniami paranoicznymi i doznaniem głosów omamowych w grupie 112 osób zgłaszających diagnozę ZP bądź doświadczenie psychotycznych objawów wymagających specjalistycznej pomocy. Bojaźliwe przywiązanie oraz dysocjacja istotnie pośredniczyły w związku między traumą a paranoją. Nie stwierdzono natomiast związków między przywiązaniem a występowaniem głosów omamowych. Rezultaty tego badania należy interpretować z ostrożnością z powodu mało restrykcyjnego sposobu rekrutowania badanej grupy. Pilton i wsp. [45] zbadali rolę pozabezpiecznego przywiązania w związku między traumą a występowaniem głosów omamowych u 55 osób z diagnozą ZP zgłaszających halucynacje słuchowe. Lękowy wymiar przywiązania okazał się powiązany z doznaniem głosów omamowych, ich nasileniem i dystresem związanym z tym objawem. Żadnych powiązań nie stwierdzono jednak dla wymiaru unikania. Przywiązaniowy lęk z kolei pośredniczył w związkach między doświadczanymi w dzieciństwie przemocą seksualną i psychiczną oraz fizycznym zaniedbaniem a nasileniem głosów i związanym z nimi dystresem.

W największym dotąd badaniu w zakresie omawianej problematyki Buccini i wsp. [46] przeanalizowali wyniki 588 osób z ZP, wyodrębniając cztery klasy: bezpiecznego, lękowego, unikowego i zdeorganizowanego przywiązania. Badani z grup unikowej i zdeorganizowanej osiągnęli istotnie wyższe średnie wyniki w zakresie urojeń niż respondenci z grupy bezpiecznej. W grupie zdeorganizowanej odnotowano istotnie wyższe wskaźniki omamów w porównaniu z grupą z bezpiecznym i lękowym przywiązaniem oraz wyższe wyniki w zakresie doświadczeń fizycznej i seksualnej przemocy w porównaniu z wszystkimi pozostałymi klasami. To ustalenie pośrednio wskazuje na potencjalny związek zdeorganizowanego przywiązania z objawami psychotycz-

nymi oraz potwierdza założenia o powiązaniu tego wzorca z doświadczeniami traumy w przeszłości.

Przywiązanie a leczenie ZP

Istnieją doniesienia, że pozabezpieczne przywiązanie u osób cierpiących na ZP negatywnie przekłada się na procesy ich leczenia i powrotu do zdrowia [11, 37]. Ponzovsky i wsp. [47] wykazali w grupie 30 mężczyzn ze schizofrenią, że unikowe i lękowe przywiązanie łączyło się z istotnie wcześniejszym początkiem choroby. Przywiązanie unikowe korelowało również z dłuższym czasem hospitalizacji psychiatrycznych. Prospektywne badanie Gumleya i wsp. [48] ukazało w grupie 54 pacjentów z pierwszym epizodem ZP, że bezpieczne przywiązanie było jednym z czynników pozwalających przewidywać uzyskanie remisji po 6 i 12 miesiącach w zakresie objawów negatywnych, ale nie pozytywnych.

Uznaje się, że wśród osób z ZP pozabezpieczne przywiązanie wiąże się z mniejszym zaangażowaniem w leczenie, słabszym przestrzeganiem zaleceń, czerpaniem mniejszych korzyści z leczenia, częstszym jego przerywaniem, jak również mniejszym stopniem ujawniania informacji na swój temat i większym odrzuceniem świadczących leczenie [3, 11]. Potencjalną rolę przywiązania w leczeniu ZP można wyjaśnić w odniesieniu do stylów zdrowienia (*recovery style*) [3]. Na powiązanie pozabezpiecznego przywiązania z dezadaptacyjnymi stylami zdrowienia cechującymi się tendencją do unikania rozpoznania doświadczeń psychiatrycznych i minimalizowania ich znaczenia wskazują badania Tait i wsp. [49] oraz Mulligan i Lavendera [50] w grupach odpowiednio 50 i 73 pacjentów z ZP.

Berry i wsp. [37] odnotowali istotne ujemne korelacje między przywiązaniowym unikaniem (ale nie lękiem) a terapeutycznym przymierzem ocenianym zarówno przez pacjentów, jak i personel, które utrzymały się przy kontroli nasilenia objawów. Żadnych związków przywiązania i przymierza nie uchwycili za to Kvrpic i wsp. [51] w grupie 156 ambulatoryjnych pacjentów z diagnozą schizofrenii lub zaburzeń schizoaфекtywnych.

W badaniu Owens i wsp. [34] uchwyciono brak powiązań między ocenami przymierza terapeutycznego dokonywanymi przez pacjentów i personel, choć słabe przymierze terapeutyczne i pozabezpieczne przywiązanie korelowały z większymi trudnościami pacjentów w regulacji emocji. Picken i wsp. [30] nie wykazali, aby przymierze oceniane przez pacjentów i personel było istotnie powiązane z historią doświadczeń traumatycznych mających duże znaczenie dla formowania wzorców przywiązania. Także badanie Berry i wsp. [52] w grupie 52 pacjentów z niedawnym wystąpieniem ZP, którzy stosowali kanabinole, i ich terapeutów uchwyciło rozbieżności w ocenie przymierza. Wyższe poziomy lęku przywiązaniowego u pacjentów były istotnie powiązane z lepiej ocenianym przez terapeutów przymierzem, zwłaszcza odnośnie do zgody na zadania terapeutyczne i percepcji więzi terapeutycznej. Nie stwierdzono istotnych korelacji między unikaniem a przymierzem ocenianym przez terapeutów oraz unikaniem i lękiem a przymierzem ocenianym przez pacjentów. Nie udało się także wykazać możliwości przewidywania oceny przymierza na podstawie interakcji między przywiązaniem pacjentów a typem stosowanego leczenia.

Implikacje kliniczne

Interwencje nakierowane na wzmocnienie więzi przywiązaniowych i modyfikację wzorców relacyjnych u dzieci i młodzieży z wysokim ryzykiem wystąpienia ZP mogą być traktowane jako potencjalne czynniki ochronne [10, 24]. W terapii osób, u których już ona wystąpiła, istotną rolę może odgrywać zwiększenie ich bezpieczeństwa przywiązaniowego zarówno w relacji terapeutycznej, jak i w sferze relacji społecznych. Relacja terapeutyczna może być potraktowana jako relacja przywiązaniowa, a zmiany w jej obrębie mogą, poprzez zmianę modeli operacyjnych, modyfikować funkcjonowanie relacyjne pacjentów w szerszym wymiarze [3, 34].

Bezpieczne przywiązanie może zwiększać szanse skutecznej adaptacji do choroby i pozytywnie wpływać na efekty leczenia. Rozpowszechnienie wśród osób z diagnozą ZP pozabezpiecznych stylów przywiązania jest spójne z częstością występowania w tej grupie problemów w nawiązaniu i utrzymaniu relacji terapeutycznej, doświadczania oddziaływań terapeutycznych jako intruzywnych czy odrzucających i przerywania leczenia w jego krytycznych momentach [9]. Owens i wsp. [34] podkreślają potrzebę zróżnicowania oddziaływań terapeutycznych w zależności od stylów przywiązania pacjentów. Dostosowanie się do nich wymaga kontroli dystansu w relacji terapeutycznej: jego stopniowego zwiększania w wypadku pacjentów z przywiązaniem lękowym i zmniejszania u tych z przywiązaniem unikowym.

Kształtowanie bezpiecznego przywiązania w relacji terapeutycznej wymaga stworzenia możliwości zarówno ekspresji przez pacjentów negatywnych emocji, jak i wspierania ich autonomii i działań eksploracyjnych [11]. Istotne znaczenie może mieć także wdrożenie strategii mających na celu usprawnienie poszczególnych sfer funkcjonowania psychospołecznego związanych z przywiązaniem, tj. tworzenia i utrzymywania relacji społecznych, zdolności metapoznawczych oraz regulacji emocji [3, 9, 24, 53]. Kwestią wymagającą dalszych badań jest testowanie interwencji biologicznych (np. podania oksytocyny) o potencjalnym wpływie na zwiększenie bezpieczeństwa przywiązaniowego wśród pacjentów [43, zob. 54].

Podsumowanie

Analiza literatury przedmiotu wskazuje, że pozabezpieczne przywiązanie może być czynnikiem ryzyka dla rozwoju ZP, nasilenia objawów psychiatrycznych, obniżenia jakości życia chorych oraz trudności w procesie ich leczenia. Natomiast bezpieczny wzorec przywiązania jest uznawany za czynnik odporności, sprzyjający lepszemu zaangażowaniu w leczenie i powrotowi do zdrowia. Przyjmując wieloczynnikowe uwarunkowanie ZP, przywiązanie powinno być jednak rozpatrywane jako jeden z wielu elementów istotnych dla rozwoju, a także przebiegu i leczenia choroby [2–4, 10, 11, 37].

Piśmiennictwo

1. Bowlby J. *Attachment and loss*, t. 1: *Attachment*. New York: Basic Books; 1982.
2. Berry K, Barrowclough C, Wearden A. *A review of the role of adult attachment style in psychosis: Unexplored issues and questions for further research*. Clin. Psychol. Rev. 2007; 27(4): 458–475.
3. Korver-Nieberg N, Berry K, Meijer C, Haan de L. *Adult attachment and psychotic phenomenology in clinical and non-clinical samples: A systematic review*. Psychol. Psychother. 2014; 87(2): 127–154. Doi: 10.1111/papt.12010.
4. Mathews S, Onwumere J, Bissoli S, Ruggeri M, Kuipers E, Valmaggia L. *Measuring attachment and parental bonding in psychosis and its clinical implications*. Epidemiol. Psychiatr. Sci. 2016; 25(2): 142–149. Doi: 10.1017/S2045796014000730.
5. Goodwin I. *The relevance of attachment theory to the philosophy, organization, and practice of adult mental health care*. Clin. Psychol. Rev. 2003; 23(1): 35–56.
6. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. *Patterns of attachment: Psychological study of the strange situation*. New York: Psychology Press; 2015.
7. Main M, Solomon J. *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. W: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM. red. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago: University of Chicago Press; 1990. S. 121–160.
8. Bartholomew K. *Avoidance of intimacy: An attachment perspective*. J. Soc. Pers. Relat. 1990; 7(2): 147–178. Doi: 10.1177/0265407590072001.
9. Carr SC, Hardy A, Fornells-Ambrojo M. *Relationship between attachment style and symptom severity across the psychosis spectrum: A meta-analysis*. Clin. Psychol. Rev. 2018; 59: 145–158. Doi: 10.1016/j.cpr.2017.12.001.
10. Harder S. *Attachment in schizophrenia – Implications for research, prevention, and treatment*. Schizophr. Bull. 2014; 40(6): 1189–1193. Doi: 10.1093/schbul/sbu133.
11. Gumley AI, Taylor HE, Schwannauer M, MacBeth A. *A systematic review of attachment and psychosis: Measurement, construct validity and outcomes*. Acta Psychiatr. Scand. 2014; 129(4): 257–274. Doi: 10.1111/acps.12172.
12. Main M, Kaplan N, Cassidy J. *Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation*. Monogr. Soc. Res. Child Dev. 1985; 50(1–2): 66–104. Doi: 10.2307/3333827.
13. Hazan C, Shaver P. *Romantic love conceptualized as an attachment process*. J. Pers. Soc. Psychol. 1987; 52(3): 511–524. Doi: 10.1037/0022-3514.52.3.511.
14. Berry K, Band R, Corcoran R, Barrowclough C, Wearden A. *Attachment styles, earlier interpersonal relationships and schizotypy in a non-clinical sample*. Psychol. Psychother. 2007; 80(4): 563–576.
15. Plopa M. *Kwestionariusz Stylów Przywiązania (KSP)*. Podręcznik. Warszawa: Vizja Press & IT; 2008.
16. Feeney JA, Noller P, Hanrahan M. *Assessing adult attachment*. W: Sperling MB, Berman WH. red. *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. New York: Guilford Press; 1994. S. 128–152.
17. Bartholomew K, Horowitz LM. *Attachment styles among young adults. A test of a four-category model*. J. Pers. Soc. Psychol. 1991; 61(2): 226–244.
18. Goodwin I, Holmes G, Cochrane R, Mason O. *The ability of adult mental health services to meet clients' attachment needs: The development and implementation of the Service Attachment Questionnaire*. Psychol. Psychother. 2003; 76(Pt 2): 145–161.

19. Collins NL. *Working models of attachment: Implications for explanation, emotion and behaviour*. J. Pers. Soc. Psychol. 1996; 71(4): 810–832.
20. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. *Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview*. W: Simpson JA, Rholes WS. red. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press; 1998. S. 46–76.
21. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W i wsp. *Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies*. Schizophr. Bull. 2012; 38(4): 661–671. Doi: 10.1093/schbul/sbs050.
22. Matheson SL, Shepherd AM, Pinchbeck RM, Laurens KR, Carr VJ. *Childhood adversity in schizophrenia: A systematic meta-analysis*. Psychol. Med. 2013; 43(2): 225–238. Doi: 10.1017/S0033291712000785.
23. Debbané M, Salaminios G, Luyten P, Badoud D, Armando M, Solida Tozzi A i wsp. *Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum*. Front. Hum. Neurosci. 2016; 10: 406. Doi: 10.3389/fnhum.2016.00406.
24. Rajkumar RP. *Childhood attachment and schizophrenia: The “attachment-developmental-cognitive” (ADC) hypothesis*. Med. Hypotheses 2014; 83(3): 276–281. Doi: 10.1016/j.mehy.2014.05.017.
25. Liotti G, Gumley A. *An attachment perspective on schizophrenia: The role of disorganized attachment, dissociation and mentalization*. W: Moskowitz A, Schäfer I, Dorahy MJ red. *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*. New York: Wiley-Blackwell; 2008. S. 117–133. Doi: 10.1002/9780470699652.
26. Berry K, Varese F, Bucci S. *Cognitive attachment model of voices: Evidence base and future implications*. Front. Psychiatry 2017; 8: 111. Doi: 10.3389/fpsy.2017.00111.
27. Brent BK, Fonagy P. *A mentalization-based treatment approach to disturbances of social understanding in schizophrenia*. W: Lysaker PH, Dimaggio G, Brüne M. red. *Social cognition and metacognition in schizophrenia: Psychopathology and treatment approaches*. Amsterdam: Elsevier Academic Press; 2014. S. 245–259.
28. Berry K, Wearden A, Barrowclough C. *Adult attachment styles and psychosis: An investigation of associations between general attachment styles and attachment relationships with specific others*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2007; 42(12): 972–976. Doi: 10.1007/s00127-007-0261-5.
29. Couture S, Lecomte T, Leclerc C. *Personality characteristics and attachment in first episode psychosis: Impact on social functioning*. J. Nerv. Ment. Dis. 2007; 195(8): 631–639. Doi: 10.1097/NMD.0b013e31811f4021.
30. Picken AL, Berry K, Tarrier N, Barrowclough C. *Traumatic events, posttraumatic stress disorder, attachment style, and working alliance in a sample of people with psychosis*. J. Nerv. Ment. Dis. 2010; 198(10): 775–778. Doi: 10.1097/NMD.0b013e3181f4b163.
31. Pos K, Bartels-Velthuis AA, Simons CJ, Korver-Nieberg N, Meijer CJ, de Haan L; GROUP. *Theory of Mind and attachment styles in people with psychotic disorders, their siblings, and controls*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2015; 49(2): 171–180. Doi: 10.1177/0004867414546386.
32. MacBeth A, Gumley A, Schwannauer M, Fisher R. *Attachment states of mind, mentalization, and their correlates in a first-episode psychosis sample*. Psychol. Psychother. 2011; 84(1): 42–57. Doi: 10.1348/147608310X530246.
33. Korver-Nieberg N, Fett AK, Meijer CJ, Koeter MW, Shergill SS, Haan de L i wsp. *Theory of mind, insecure attachment and paranoia in adolescents with early psychosis and healthy controls*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2013; 47(8): 737–745. Doi: 10.1177/0004867413484370.

34. Owens KA, Haddock G, Berry K. *The role of the therapeutic alliance in the regulation of emotion in psychosis: An attachment perspective*. Clin. Psychol. Psychother. 2013; 20(6): 523–530. Doi: 10.1002/cpp.1793.
35. Darrell-Berry H, Bucci S, Palmier-Claus J, Emsley R, Drake R, Berry K. *Predictors and mediators of trait anger across the psychosis continuum: The role of attachment style, paranoia and social cognition*. Psychiatry Res. 2017; 249: 132–138. Doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.007.
36. Ascone L, Schlier B, Sundag J, Lincoln TM. *Pathways from insecure attachment dimensions to paranoia: The mediating role of hyperactivating emotion regulation versus blaming others*. Psychol. Psychother. 2020; 93(1): 72–87. Doi: 10.1111/papt.12208.
37. Berry K, Barrowclough C, Wearden A. *Attachment theory: A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis*. Behav. Res. Ther. 2008; 46(12): 1275–1282. Doi: 10.1016/j.brat.2008.08.009.
38. Melo SS, Taylor JL, Bentall RP. *'Poor me' versus 'bad me' paranoia and the instability of persecutory ideation*. Psychol. Psychother. 2006; 79(2): 271–287.
39. Ponizovsky AM, Vitenberg E, Baumgarten-Katz I, Grinshpoon A. *Attachment styles and affect regulation among outpatients with schizophrenia: Relationships to symptomatology and emotional distress*. Psychol. Psychother. 2013; 86(2): 164–182. Doi: 10.1111/j.2044-8341.2011.02054.x.
40. Strand J, Goulding A, Tidefors I. *Attachment styles and symptoms in individuals with psychosis*. Nord. J. Psychiatry. 2015; 69(1): 67–72. Doi: 10.3109/08039488.2014.929740.
41. Wickham S, Sitko K, Bentall RP. *Insecure attachment is associated with paranoia but not hallucinations in psychotic patients: The mediating role of negative self-esteem*. Psychol. Med. 2015; 45(7): 1495–507. Doi: 10.1017/S0033291714002633.
42. Berry K, Wearden A, Barrowclough C, Oakland L, Bradley J. *An investigation of adult attachment and the nature of relationships with voices*. Br. J. Clin. Psychol. 2012; 51(3): 280–291. Doi: 10.1111/j.2044-8260.2011.02027.x.
43. Korver-Nieberg N, Berry K, Meijer C, de Haan L, Ponizovsky AM. *Associations between attachment and psychopathology dimensions in a large sample of patients with psychosis*. Psychiatry Res. 2015; 228(1): 83–88. Doi: 10.1016/j.psychres.2015.04.018.
44. Pearce J, Simpson J, Berry K, Bucci S, Moskowitz A, Varese F. *Attachment and dissociation as mediators of the link between childhood trauma and psychotic experiences*. Clin. Psychol. Psychother. 2017; 24(6): 1304–1312. Doi: 10.1002/cpp.2100.
45. Pilton M, Bucci S, McManus J, Hayward M, Emsley R, Berry K. *Does insecure attachment mediate the relationship between trauma and voice-hearing in psychosis?* Psychiatry Res. 2016; 246: 776–782. Doi: 10.1016/j.psychres.2016.10.050.
46. Bucci S, Emsley R, Berry K. *Attachment in psychosis: A latent profile analysis of attachment styles and association with symptoms in a large psychosis cohort*. Psychiatry Res. 2017; 247: 243–249. Doi: 10.1016/j.psychres.2016.11.036.
47. Ponizovsky AM, Nechamkin Y, Rosca P. *Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients*. Am. J. Orthopsychiatry 2007; 77(2): 324–331.
48. Gumley AI, Schwannauer M, Macbeth A, Fisher R, Clark S, Rattrie L i wsp. *Insight, duration of untreated psychosis and attachment in first-episode psychosis: Prospective study of psychiatric recovery over 12-month follow-up*. Br. J. Psychiatry 2014; 205(1): 60–67. Doi: 10.1192/bjp.bp.113.126722.

49. Tait L, Birchwood M, Trower P. *Adapting to the challenge of psychosis: Personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping strategies*. Br. J. Psychiatry 2004; 185: 410–415.
50. Mulligan A, Lavender T. *An investigation into the relationship between attachment, gender and recovery from psychosis in a stable community-based sample*. Clin. Psychol. Psychother. 2010; 17(4): 269–284.
51. Kvrđic S, Cavelti M, Beck EM, Rűsch N, Vauth R. *Therapeutic alliance in schizophrenia: the role of recovery orientation, self-stigma, and insight*. Psychiatry Res. 2013; 209(1): 15–20. Doi: 10.1016/j.psychres.2012.10.009.
52. Berry K, Palmer T, Gregg L, Barrowclough C, Lobban F. *Attachment and therapeutic alliance in psychological therapy for people with recent onset psychosis who use cannabis*. Clin. Psychol. Psychother. 2018; 25(3): 440–445. Doi: 10.1002/cpp.2178.
53. Harder S, Folke S. *Affect regulation and metacognition in psychotherapy of psychosis: An integrative approach*. J. Psychother. Integr. 2012; 22(4): 330–343.
54. Holka-Pokorska J, Jarema M. *Oksytocynowy model powstawania objawów psychiatrycznych a implikacje dla badań nad rolą systemu oksytocynergicznego w schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(1): 19–33.

Adres: Michał Lew-Starowicz
Klinika Psychiatrii
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
Szpital Bielański
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
01-809 Warszawa, ul. Cegłowska 80
e-mail: michal.lew-starowicz@cmkp.edu.pl

Otrzymano: 23.05.2020
Zrecenzowano: 3.09.2020
Otrzymano po poprawie: 23.10.2020
Przyjęto do druku: 12.12.2020