

## ПРИВЯЗАННОСТЬ И ДЕПРЕССИВНАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ У ВЗРОСЛЫХ

А. БУХХАЙМ,  
Д. ДОРОДНОВ,  
Х. КЕХЕЛЕ\*

*В статье кратко очерчена теория привязанности. Представлены характерные для взрослых типы привязанности. Дается описание основного инструмента, позволяющего оценить репрезентацию привязанности у взрослых (Adult Attachment Interview). Приводится случай из практики (психоаналитик: Хорст Кехеле). В заключение статьи рассматриваются возможности и перспективы совместной работы практикующего психоаналитика и исследователя, в фокусе интересов которого — проблема привязанности. Авторы развивают тему, которая поднималась ими в совместной статье, опубликованной в нашем журнале несколько лет назад (МПЖ № 3, 2002).*

В своей трилогии Джон Боулби (Bowlby, 1969; 1973; 1980) предложил имплицативную модель развития психопатологии. Автор исходит из гипотезы, что ребенок испытывает филогенетически обусловленную

---

\* *Буххайм Анна (Anna Buchheim)* — доктор психологии, психоаналитик, член Международной Психоаналитической Ассоциации (ИПА); сотрудник факультета психотерапии и психосоматики университета г. Ульма (Германия); сотрудник Ульмского психоаналитического института; сертифицированный специалист в области психологии привязанности.

*Дороднов Дмитрий* — психолог, выпускник психологического факультета МГУ; аспирант психологического факультета ГУ-ВШЭ; сертифицированный специалист в области психологии привязанности.

*Кехеле Хорст (Horst Kächele)* — профессор, доктор психологии, доктор медицины; обучающий психоаналитик, член Международной Психоаналитической Ассоциации (ИПА); декан факультета психотерапии и психосоматики университета г. Ульма (Германия); директор Ульмского психоаналитического института; автор учебника «Современный психоанализ» (в 3 томах); лауреат премии Зигмунда Фрейда.

привязанность к важной для него фигуре и формирует на основе реакций, которыми данная фигура отвечает на его сигналы, внутреннее представление о привязанности как таковой. Этот основополагающий принцип играет важную роль в специфической онтогенетической интроекции социальных взаимодействий и событий, влияние которых на значимые для привязанности чувства и когниции неизбежно проявляется на более позднем этапе жизни. Утрата, жестокое обращение, насилие — все эти события ведут к принудительному изменению, искажению либо расщеплению такого рода интернализации, приводя к возникновению стратегий выживания, которые можно отнести к числу психопатологических процессов неадаптивного типа.

Для того чтобы заложить основу для понимания процессов формирования психопатологии с точки зрения теории привязанности, в начале данной статьи будут кратко представлены основные идеи, развитые Боулби. При этом для понимания факторов защиты или риска определенное значение приобретает изучение взаимодействия между процессами развития привязанности, с одной стороны, и регуляции аффектов, с другой. Затем будут рассмотрены исследования, затрагивающие проблему связи между представлениями о привязанности, существующими у взрослых, и психопатологией. Основной акцент здесь будет сделан на монографии М.Дозье и его коллег (*Dozier et al.*, 1999). По примеру авторов монографии, упомянуты будут исключительно те исследования, где использовалось специальное полуструктурированное интервью для взрослых (*George, Kaplan, Main*, 1985), сфокусированное на теме привязанности (*Adult Attachment Interview — AAI*), а также — относящаяся к этому инструменту система категорий (*Main, Goldwyn*, 1985). Другие средства анализа привязанности в основных выводах совпадают с *AAI*, приводя, однако, ввиду разнообразия операциональных диагностик, к частичному несоответствию результатов, что осложняет сопоставление научных работ<sup>1</sup>.

### **Теория привязанности: интегративная модель эмоционального развития**

Ввиду существенных расхождений со школой психоанализа Боулби (*Bowlby*, 1969; 1975) сконцентрировался на основополагающей, на его взгляд, идее, утверждающей значительное влияние раннего опыта отношений младенца на все его последующее индивидуальное разви-

---

<sup>1</sup> В рамках этой статьи не представляется возможным охватить все многообразие клинических исследований, посвященных теории привязанности.

тие. Известный и ранее тезис о первостепенном значении материнского присутствия для ребенка он истолковал по-новому, благодаря привлечению этологических и системно-теоретических концепций, подчеркнув при этом необходимость проведения широких научных исследований для проверки его гипотезы. Основным интересом для Боулби представляли реакции детей на разлуку с матерью либо заменяющей ее фигурой, а также ее последствия. Впервые ученый официально сформулировал идеи своей теории в 1958 году в докладе «Природа детской привязанности к матери», сделанном им в Лондонском психоаналитическом обществе. Движимый задачами, поставленными перед ученым Всемирной организацией здравоохранения, на первоначальной стадии своей работы Дж. Боулби основное внимание сконцентрировал на нарушениях в развитии ребенка, обусловленных отсутствием материнского внимания. Опираясь на данные сравнительных биологических исследований поведения (*Harlow & Harlow, 1969; Harlow & Suomi, 1970*), на работы Рене Шпица, посвященные депривации (*Spitz, 1945, 1946*), а также на собственный опыт наблюдений за поведением детей, Боулби дает подробное описание развития отношений привязанности в детстве и возможных нарушений в ходе их становления. Результаты исследований ученого послужили основой для разработки более точного подхода к опеке детей, заполнивших в годы Второй мировой войны приюты и больницы Англии (*Bowlby, 1951*).

### **Важнейшие аспекты теории привязанности как ключ к пониманию психопатологии**

Сформулированная в терминах этологии теория привязанности предполагает наличие у человека универсальной потребности в тесной эмоциональной близости, которая выполняет функцию выживания. Мэри Айнсворс (*Ainsworth, 1985*) подчеркивает уникальный характер подобной привязанности к близким индивидуумам. Согласно утверждению Боулби, с самого раннего возраста в ситуациях опасности и разлуки с близкими людьми, создающих повышенную нагрузку на психику ребенка, активизируется так называемая *система отношений привязанности*, которая позволяет детям сохранить близость к фигуре привязанности, а в случае образовавшейся дистанции — как можно скорее ее преодолеть. Как правило, родители интуитивно реагируют на потребность ребенка в близости, проявляя по отношению к нему чуткость и заботу. Переживание чувства близости и доверия, ощущение предсказуемости событий позволяет ребенку свободно исследовать окружающий мир. Предполагается, что в случае идеального стечения обстоя-

тельств формы поведения в рамках отношений привязанности и в процессе исследования ребенком окружающего мира уравнивают друг друга (Grossmann & Grossmann, 1994).

Уже к середине первого года жизни у малыша развивается способность испытывать тоску по объекту привязанности и искать его в случае, когда он отсутствует. В процессе ежедневных взаимоотношений с человеком, проявляющим о нем заботу, младенец формирует внутреннюю модель привязанности. Термин *внутренняя рабочая модель* (*inner working model*) Боулби заимствовал у представителя школы когнитивной психологии К.Крайка (Craik, 1943). Позднее исследовательница привязанности И.Брезертон (Bretherton, 1985; 1987; 1999) вновь ввела в научный обиход это понятие, подчеркивая идею, согласно которой функция внутренних рабочих моделей – как *активно сформированных внутренних схем социального поведения* – состоит в том, чтобы производить мысленные «симуляции». «Наиболее адекватные “внутренние рабочие модели” могут имитировать релевантные аспекты мира, повышать эффективность потенциального планирования и способности организма к ответным реакциям» (Bretherton, 1987, s.1090).

Рабочие модели не воспроизводят точного подобия реальности, дабы обнаружить свою полезность. Для того чтобы обеспечить успешную адаптацию, они, скорее, должны находиться в гармонии с реальностью. С точки зрения теории привязанности, понятие внутренней рабочей модели (Bowlby, 1969; 1980) представляет собой, по аналогии с когнитивными моделями и моделью схем, основу для толкования и описания того влияния, которое *первичные, значимые для привязанности, организованные паттерны* способны оказать на текущее поведение и дальнейшее развитие индивида. Внутренние рабочие модели рассматриваются как организованные структуры, влияющие на внимание, память, поведение, позднее и на речь ребенка (Main et al., 1985; Main, 1991; Bretherton, 1999), а вместе со всем этим – и на взаимодействие с фигурой привязанности. В процессе интерактивного опыта формируются все более устойчивые паттерны, которые начинают действовать автоматически, проявляясь через сферу бессознательного. В зависимости от качества и степени реакции, которую первичная близкая ребенку фигура демонстрирует в ответ на проявление привязанности с его стороны, формируются и «сохраняются» (Cassidy, 1999) различные *модели репрезентации* ожидаемой реакции со стороны объектов привязанности: «Согласно Боулби, эти модели дают возможность индивидам предвосхищать будущее и строить планы, которые подобным образом операционализируются более эффективно» (Cassidy, 1999, s.7). Другими словами,

внутренние рабочие модели управляют как восприятием и интерпретацией различных ситуаций, так и их антиципацией.

Согласно И.Брезертон (*Bretherton*, 1985), внутренние рабочие модели следует понимать как *обобщенные репрезентации* прожитых событий. Они содержат одновременно и аффективные, и когнитивные компоненты, способствуя, посредством имитации реальности, целенаправленным действиям. Следовательно, важнейшая функция внутренних рабочих моделей состоит в том, чтобы содействовать имитации событий реального мира, помогая тем самым индивиду предвосхищать и планировать свои поступки (*Bowlby*, 1969).

«В процессе развития диадический опыт организуется в виде сфокусированного на цели плана действий, начиная выступать затем в качестве совокупной рабочей модели — окружающего мира, фигуры привязанности и собственной личности, то есть в виде внутренних “когнитивных карт” каждой из данных сфер. (...) В зависимости от реального опыта, полученного в релевантных для привязанности ситуациях, ребенок формирует рабочую модель, отвечающую за наличие фигуры привязанности и оценку себя как значимой личности, заслуживающей любви. (...) Однажды сформированные, рабочие модели продолжают свое существование преимущественно вне области осознанных эмоций и тяготеют, несмотря на возможные коррективы, к явной устойчивости» (См.: *Bowlby*, 1976; цит. по: *Grossmann et al.*, 1989, s. 37ff).

Диадический опыт влияет на становление у ребенка самооценки, а также на его способность к уравновешенной, пластичной регуляции аффектов (*Köhler*, 1992; 1996). Открытие законов функционирования окружающей среды и фигур привязанности интегрируется в виде некой *активной конструкции* в общую картину мира.

Если подобная интеграция проходит успешно, возникает когерентное и адекватное внутреннее отображение реальности. Надежная рабочая модель отражает такие качества личности, как целостность и когерентность, то есть способность испытывать позитивные и негативные эмоции, адекватно их оценивать, выражать, а затем и действовать с соответствующей активностью и объективностью. Неадекватная рабочая модель предполагает неадекватную оценку реальности и обуславливает определенные ограничения в переживании и интеграции различных эмоций; при этом страдают также реальные действия и коммуникация (*Grossmann et al.*, 1989; *Grossmann & Grossmann*, 1991). Таким образом, в зависимости от качества привязанности у ребенка возникают различные эмоции и переживания, требующие регуляции.

### **Единичные и множественные рабочие модели: исключение значимой для привязанности информации**

Поскольку описание пациентами отношений со своими родителями нередко оказывалось противоречивым, Боулби (*Bowlby*, 1980), исходя из клинических наблюдений, сформулировал понятие *множественных рабочих моделей*. В подобных случаях родители изображаются пациентами в позитивном свете, но одновременно им приписывается поведение, которое вступает в резкое противоречие с общей положительной оценкой. Другими словами, когда опыт переживания пациентом его отношений с объектом привязанности противоречив, может возникнуть несколько «рабочих моделей» одного и того же человека или самого себя. Боулби (1980) склонен рассматривать такие эпизоды как процесс самосохранения и пытается их объяснить, опираясь на выделенные Е.Тюльвингом (*Tulving*, 1972) различия между семантической и эпизодической памятью. Как бы то ни было, исключение определенного рода информации из сознания ведет, согласно Боулби, опирающегося в данном случае на психоаналитическую теорию защит, к патогенным последствиям.

В том, что касается терапии, он придерживается мнения, что семантическую память можно скорректировать путем работы с памятью эпизодической:

«Зачастую оказывается весьма полезным поощрять описание пациентом фактических событий с тем, чтобы он смог по-новому и со всей полнотой соответствующих чувств оценить как свои собственные желания, эмоции и поступки, так и возможное поведение родителей. Подобным способом пациенту удастся исправить либо модифицировать представления семантической памяти, а также убедиться в том, что они не совпадают с событийной и актуальной на данный момент системой доказательств» (*Bowlby*, 1980).

Основную задачу психотерапии Боулби видит в том, чтобы постепенно подвести пациента к осознанию и переработке противоречивых первичных моделей, а затем и к их смене трансформированными и уже более надежными рабочими моделями.

Поскольку один из последующих разделов будет целиком посвящен работе со связями, которые существуют между психопатологией и представлением пациентов о привязанности, выявленным с помощью полуструктурированного интервью (*AAI*) (*George, Kaplan, Main*, 1985), далее уместно кратко изложить наиболее важные моменты данного интервью.

### **Интервью для взрослых на тему привязанности (AAI): дискурсивный анализ процессов защиты**

Принципы изучения привязанности у взрослых сформировались в русле трансгенерационных исследований, где ученых увлекала возможность проследить передачу родительского опыта отношений поколению детей. В рамках этой исследовательской задачи было разработано Полуструктурированное интервью для взрослых на тему привязанности (AAI) (Main, Goldwyn, 1985/1996), которое, как показало время, отличается высокой прогностической валидностью. Это подтверждается, например, лонгитюдным исследованием (с применением данного интервью) представлений о привязанности беременных женщин, позволившим в 75% случаев достаточно точно спрогнозировать развитие отношений привязанности у их детей (см.: Fonagy et al., 1991).

AAI позволяет определить **актуальную стратегию переработки** (когерентный или бессвязный дискурс) прошлого и текущего опыта привязанности на основе использования методики аналитической оценки дискурса. Так называемое *представление о привязанности* оценивается с помощью восемнадцати полуструктурированных вопросов, касающихся переживания и воздействия опыта привязанности на обследуемых взрослых. Полученные данные распределяются затем на четыре основные группы<sup>2</sup>:

- **Надежные/автономные** ( $F = free\ to\ evaluate$ ) взрослые обнаруживают свободный доступ к значимым для привязанности эмоциям и отличаются открытым и когерентным повествованием.
- **Ненадежные/избегающие** ( $Ds = dismissing$ ) характеризуются отсутствием свободного эмоционального доступа к релевантным для привязанности чувствам. Их отличает минимализация либо деактивация потребности в привязанности.
- **Ненадежные/озабоченные** ( $E = enmeshed/preoccupied$ ) взрослые, напротив, демонстрируют повышенную потребность в привязанности, а их детские воспоминания отличаются высокой степенью эмоциональности.
- Испытуемые с характеристиками **непереработанной травмы / не нашедшей разрешения скорби** ( $U = unresolved$ ), говоря о случаях утраты близких или эпизодах насилия, проявляют признаки эмоциональной дезориентации и нарушений речи.
- Испытуемые, **не поддающиеся однозначной классификации** ( $CC = Cannot-Classify$ ), склонны одновременно к деактивирующим и гиперактивирующим стратегиям (например, идеализация и агрессия).

---

<sup>2</sup> Буквы в скобках представляют собой принятые в исследованиях привязанности сокращения, означающие типы привязанности.

Клиническая эффективность данной методики обусловлена точной кодировкой речевой когерентности либо бессвязности, неточностей, выполняющих защитную функцию; использованием клинически релевантных шкал для описания выделенных признаков (идеализации, агрессии, обесценивания, метакогниции); а также четким разделением испытуемых на клинические и неклинические группы (*van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996; Dozier et al., 1999*). Клинические группы значительно чаще попадали под одну из ненадежных классификаций. Кроме того, на фоне остальных заболеваний, непропорционально высокие показатели отличали категорию испытуемых с признаками «непереработанного статуса привязанности» (*U*), что явилось следствием насилия или утраты близкого человека. Специально для группы таких пациентов, характеризующейся пограничными расстройствами психики или антисоциальными нарушениями личности, была разработана дополнительная категория *E3* («запутавшиеся и подавленные пережитым травматическим опытом» — *preoccupied / overwhelmed by trauma*). Категория *Cannot Classify (CC)* преобладает, в основном, у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами (*Hesse, 1999*).

### **Взаимосвязь характера привязанности и регуляции эмоций у взрослых**

Согласно Боулби (1980), в зависимости от качества первичной привязанности к близким людям человек либо обретает способность к объективной ситуативной оценке своего поведения, либо обнаруживает склонность к ее ограничению и одновременно учится либо функциональным, либо дисфункциональным способам выражения и регуляции собственных эмоций.

Надежное представление о привязанности находит выражение в большей гибкости Я, что в конечном итоге содействует большей объективности и адекватности самих сложившихся ситуаций, не говоря уже об успешной регуляции эмоций, импульсов и поступков. И, напротив, люди, характеризующиеся ненадежным представлением о привязанности, проявляют меньшую гибкость Я, демонстрируя при этом реакции блокировки и избегания, которые степенью своей интенсивности не соответствуют сложившейся ситуации, выступая, например, в неадекватной тревожности или враждебности (*Zimmermann, 1999*).

Способность объективно воспринимать себя в контексте окружающей реальности, проявляя при этом свободный доступ к собственным эмоциям, М.Мейн называет *метакогнитивным мониторингом* (*metacognitive-monitoring*) (*Main, 1991*). Данный термин предполагает, что



характер эмоций, проявляемых в различных ситуациях с соответствующей этим ситуациям интенсивностью, может влиять на различные аспекты поведения индивида. В контексте психологии развития исследователей волнует, в первую очередь, не столько наличие ряда отличных друг от друга дискретных эмоций (например, ярости, скорби, отвращения), сколько интраиндивидуальные различия отдельных эмоций по степени интенсивности, продолжительности, скорости либо порогу, в соответствии с которым они возникают и угасают. Так, эмоции могут иметь слишком интенсивный либо слишком сдержанный характер, продолжаться слишком короткий либо слишком длинный промежуток времени, выражаться слишком часто либо слишком редко (*Zimmermann, 1999*).

В свете теории привязанности, адаптивная регуляция эмоций означает способность индивида объективно воспринимать свое окружение и целенаправленно интегрировать возникающие эмоции, то есть свободно находить, независимо от появления негативных импульсов, внутренние стратегии разрешения, которые будут сопряжены с относительно наименьшей психологической нагрузкой.

М.Дозье и Р.Кобак (*Dozier, Kobak, 1992*), в процессе тестирования испытуемых с помощью *AAI*, выявили взаимосвязь между вербальным подавлением значимых для привязанности мыслей, эмоций, воспоминаний и физиологическими симптомами конфликта либо торможения. У испытуемых, которые пытались отвлечь внимание от темы привязанности и демонстрировали в своем вербальном материале деактивирующие стратегии, во время тестирования заметно поднимался уровень электропроводимости кожных покровов. Подобный подъем физиологических показателей ученые интерпретируют как признак торможения в форме *подавления негативных эмоций*.

В обзоре «Привязанности и регуляция аффектов» (*Fuendeling, 1998*) также отмечалось, что «надежные» испытуемые проявляют сдержанное внимание к аффективным темам, в то время как «амбивалентные» с обостренным вниманием относятся к эмоциональным стимулам, особенно к негативным аффектам. Что касается «избегающих» личностей, то они выстраивают защитные стратегии по отношению как к позитивным, так и к негативным аффектам. Эти данные подтверждаются компьютерным анализом текстов полуструктурированного интервью, проведенным А.Буххайм и Е.Мергенталером (*Buchheim, Mergenthaler, 2000*).

К.Магей (1999) в своей работе «Аффект, представление и привязанность» следующим образом резюмировала состояние исследований в данной области: «Суммируя исследования привязанности, можно идентифицировать отчетливые паттерны аффективной заторможенно-

сти и экспрессии. Избегающие индивиды демонстрируют заторможенность как положительного, так и негативного аффекта, тогда как амбивалентным индивидам присущ паттерн повышенной аффективной экспрессии».

### **Нарушение стратегий привязанности как предпосылка для развития психопатологии**

Исследования, проведенные с участием детей и взрослых, выявили, что при определенных условиях в значимых для человека ситуациях может возникать нарушение организованных стратегий привязанности, которое в теории привязанности определяется как дезорганизация с повышенной вероятностью развития психопатологии (*Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999*).

Трансгенерационные исследования обнаружили взаимосвязь между не переработанной родительской травмой, или утратой, и дезорганизованным поведением детей в условиях «незнакомой ситуации» (*van Ijzendoorn et al., 1999*). Формы дезорганизации были зафиксированы у детей годовалого возраста и представляли собой особый с точки зрения классификации (*Main & Solomon, 1986*) тип поведения, включавший в себя, например, стереотипные движения в поисках близости, фазы жесткости или так называемой «замороженности» (*freezing*) и проявления страха по отношению к своим родителям. В ситуации разлуки дети оказались не способны ни к установлению отношений близости с фигурой привязанности, ни к тому, чтобы как-то отвлечься, демонстрируя, таким образом, отсутствие стратегии разрешения конфликта (более подробно см.: *Кэхеле, Буххайм, Шмукер, 2002*).

М.Мейн и Е.Хессе (1990) выдвинули в связи с этим гипотезу о том, что в подобных диадах поведение ребенка актуализирует у родителей их собственный тревожный и болезненный опыт, связанный с травматическими переживаниями прошлого, который остается, однако, неосознанным. Такие родители способны вызывать у ребенка чувство беспокорства, поскольку в процессе взаимодействия с ним они не проявляют когерентных стратегий и сами выглядят дезориентированными. Например, мать может не пытаться скрыть выражения тревоги, застывшего на ее лице, когда ребенок с выражением счастья бежит ей навстречу после смоделированного эпизода разлуки в «незнакомой ситуации». В подобном случае ребенок ощущает нарушение своей стратегии привязанности, поскольку его мать не представляет для него в данный момент сколько-нибудь «надежного пристанища», что в целом создает «пугающе-испуганную коллизию» (*“frightening-frightened-Kollusion”*), исключая чувство безопасности (*George & West, 1999*).

В то время как число дезорганизованных детей в стандартной выборке населения среднего класса составляет приблизительно 15%, в среде с низким социальным и экономическим уровнем число таких детей достигает 25-34%. В выборках матерей-наркоманок и детей, подвергшихся насилию, число таких детей превышает 40% (*van Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg*, в печати). Лонгитюдные исследования демонстрируют связь детской дезорганизации в значимых для привязанности ситуациях с последующими диссоциативными нарушениями, а также с агрессивными формами поведения.

Клинические исследования, проведенные с помощью *AAI*, установили, что в биографии взрослых, которые были отнесены к категории *U*, прослеживается недостаточно проработанный травматический опыт. Аналогично дезорганизованному поведению детей в «незнакомой ситуации», испытуемые взрослые, говоря о пережитых травмах или утратах, демонстрируют речевую дезорганизацию, например, путают понятия времени и места либо объекта и субъекта, а также допускают ряд логических ошибок.

В рамках своей теории защиты Дж.Боулби (1980) сформулировал понятие «сегрегированных систем» (*segregated systems*), которое не так давно вновь обрело актуальность, благодаря работам К.Джорджа и М.Веста, признавших его важность для понимания психопатологии.

«Чтобы понять, какое отношение имеет привязанность к риску возникновения психических нарушений, необходимо исследовать обусловленные привязанностью модели защит и так называемых “исключенных ситуаций”, которые позволяют вскрыть внутренние процессы, стоящие за дезорганизацией» (*George & West*, 1999).

Кроме того, Боулби был убежден, что нарушение системы привязанности является фактором риска для физического гомеостаза. В ситуации угрозы, возникающей по отношению к системе привязанности (например, вследствие разлуки, изоляции, плохого обращения, насилия и пр.), происходит защитное «выключение информации» (*defensive exclusion*), что является решающим условием для формирования «неуверенной» привязанности, после чего следует окончательное исключение информации из памяти. Таким образом, информация становится «заблокированной» для осознания. В тех случаях, когда эта информация значима для привязанности, система привязанности, как утверждает Боулби, становится практически дезактивированной.

Джордж и Вест (1999) еще раз заостряют внимание на своей точке зрения:

«Вклад теории привязанности в понимание психических расстройств состоит не в рассмотрении стратегий избегания, а в изучении

дезорганизации привязанности, которая является результатом повторяющегося опыта дезрегуляции и нарушения защитных формаций» (George & West, 1999).

Таблица 1

**Диагностические группы и классификации привязанности**

Тип расстройства	Авторы	F	E	Ds	F	E	Ds	U
<b>Аффективные расстройства</b>								
<b>Монопольные</b>								
Депрессивная симптоматика	Cole-Detke & Kobak, 1996	4	6	4				
Смешанные	Rosenstein & Horowitz, 1996	0	22	10	0	19	8	6
Общая депрессия	Tyrell & Dozier, 1997	5	1	0	3	1	0	2
Дистимия	Patrick et al., 1994	2	4	6				
<b>Биполярные</b>								
Смешанные	Tyrell & Dozier, 1997	0	0	7	0	0	3	4
Шизо-аффективные	Fonagy et al., 1996	18	41	13	9	6	5	52
Тревожные расстройства	Tyrell & Dozier, 1997	1	1	6	1	0	5	2
<b>Коморбидные группы</b>								
Расстройства питания и депрессия	Cole-Detke & Kobak, 1996	4	10	5				
Эксцентричность поведения и депрессия	Rosenstein & Horowitz, 1996	0	3	9	0	1	6	5
Пограничное нарушение психики	Fonagy et al., 1996	3	27	6	2	1	1	32
	Patrick et al., 1994	0	12	0				

**Распределение категорий:** F = надежная, E = озабоченная, Ds = избегающая; дезорганизованная категория: U = не нашедшая разрешения травма (Dozier et al., 1999).

## **Исследования связи представлений о привязанности и психопатологии у взрослых**

Теория привязанности используется, в основном, в качестве конструктивной модели, позволяющей соединить биологические данные с положениями психологии. Выше уже упоминались физиологические корреляты привязанности. Далее мы постараемся продемонстрировать ее роль в понимании **психосоматических реакций**. Полученные в этой области данные согласуются с концепцией работ, где выдвигается гипотеза, что заболевание активизирует систему привязанности, которая, в свою очередь, начинает влиять на **разрешение болезни**.

М.Дозье и группа его коллег (1999), опираясь на разные источники, суммировали данные относительно распределения представлений о привязанности в группах пациентов, характеризующихся различными психическими нарушениями. Они разделяют трехступенчатую классификацию (*three-way classifications*), основанную на трех типах привязанности – «надежной» (*F=free to evaluate*), «ненадежно-избегающей» (*Ds=dismissing*) и «ненадежно-озабоченной» (*E=enmeshed/preoccupied*), и четырехступенчатую (*four-way classifications*), которая включает как организованные стратегии, так и дезорганизованный статус привязанности (*U=unresolved trauma/loss*) (см. табл. 1).

### **Привязанность и депрессия**

Депрессивные расстройства можно отнести к наиболее распространенным в современном мире психическим заболеваниям. Благодаря новейшей операциональной диагностике установлено, что депрессивные изменения психики наблюдаются у 5-10% населения. Наряду с генетически обусловленной уязвимостью психики основную причину в этиологии данного заболевания психиатрия видит в психосоциальных предпосылках, в частности, в сложностях взаимоотношений между партнерами. В своей работе «Утрата – печаль и депрессия» Дж.Боулби (1980) анализирует генезис депрессивных состояний, с точки зрения этиологии. Безусловная заслуга автора состоит в том, что ему удалось распознать в утрате значимой для ребенка фигуры привязанности решающий фактор дальнейшего психопатологического развития личности. В предисловии к своему последнему труду «Надежная основа» (*Secure base*) он пишет (1988):

«Для развития эмоциональных расстройств крайне важна интенсивность чувств в сочетании с тем, каким образом складываются отношения индивида с его объектом привязанности. Благополучно протекающие отношения сопровождаются радостью и чувством защищенности,

но как только они прерываются, индивид начинает испытывать уныние и депрессию. Организация отношений привязанности взрослого будет в значительной степени обусловлена тем первичным опытом привязанности, который был получен им в раннем детстве.

Следуя закономерностям «внутренней рабочей модели» (*inner working model*) (см. выше), ребенок, чьи родители всегда готовы оказать ему поддержку, конструирует образ себя как вполне самостоятельной личности, которая, однако, ценит помощь и участие извне. В зеркале родительских реакций ребенок видит себя достойным любви и внимания. Напротив, ребенок, которого родители игнорируют, более того, угрожают бросить, формирует образ себя как личности, не достойной любви и внимания (*Bowlby*, 1979). В экстремальных случаях недостаточно развитая самооценка может спровоцировать состояние беспомощности, которое играет не последнюю роль в формировании депрессии.

М.Зелигман, как сторонник когнитивной теории возникновения депрессий (*Seligman*, 1975), исходит из предположения о том, что депрессивное поведение и депрессивные переживания являются результатом освоения индивидом определенных когнитивных структур. Феномен беспомощности складывается в ситуациях, когда индивид приходит к выводу, что результат его действий не зависит от его инструментальных возможностей. Осознание подобной закономерности вызывает, в свою очередь, убежденность в тщетности всех последующих усилий. Таким образом, нестабильность в отношениях привязанности может сыграть решающую роль в формировании депрессиогенных ожиданий и выступать одним из факторов риска при возникновении некоторых других психопатологических расстройств (*Bowlby*, 1988).

Лонгитюдные исследования показали, что утрата объекта привязанности в возрасте до одиннадцати лет способствует развитию депрессии (*Harris et al.*, 1990). Неадекватное обращение с ребенком после подобной травмы удваивает этот эффект. В описаниях пациентов, страдающих депрессией, родители выступают менее отзывчивыми и дружелюбными, чем родители в рассказах здоровых людей (*Fonagy et al.*, 1996).

В психологии аффективных расстройств имеются исследования, проведенные с помощью *AAI* и посвященные монополярной депрессии (*Cole-Deake & Kobak*, 1996; *Patrick et al.*, 1994), биполярным расстройствам (*Tyrell & Dozier*, 1997), смешанным аффективным расстройствам (*Fonagy et al.*, 1996), а также шизоаффективным нарушениям психики (*Tyrell & Dozier*, 1997). Моно- и биполярные аффективные расстройства различаются с точки зрения симптоматиологии, течения болезни и генетической предрасположенности к заболеванию. В рамках этой кли-

нической группы имеются результаты, полученные с помощью *AAI*, – у пациентов с подобными расстройствами они гетерогенны. Некоторые исследователи приходят к выводу, что пациенты с депрессивной симптоматикой более предрасположены к ненадежно-озабоченному типу представлений о привязанности (*Cole-Detke & Kobak*, 1996), тогда как другие относят большую их часть к ненадежно-избегающей группе (*Patrick et al.*, 1994; *Tyrell & Dozier*, 1997). Дозье и его коллеги (1999) объясняют столь неоднозначные результаты образованием среди пациентов различных стратегий переработки (интернализующей и экстернализирующей) своих представлений о привязанности.

Немаловажно также различие депрессивных расстройств по степени их внутренней автономности либо зависимости, что в работах ряда ученых получило как теоретическое обоснование (*Arieti & Bemporad*, 1980; *Beck*, 1983; *Emery & Leshner*, 1982), так и эмпирическое (*Pilkonis*, 1988).

Один из подходов представлен С.Блаттом. Соотнося свои исследования с изучением привязанности у детей и взрослых, Блатт говорит об анаклитической (зависимой) и интроективной (самокритичной) конфигурации психопатологии (*Blatt et al.*, 1982). В том и другом случае одинаково отмечается нарушение как процессов интернализации, так и развития объектных репрезентаций (*Blatt*, 1974). При анаклитической депрессии репрезентации объектов соответствуют «ненадежно-амбивалентному» опыту ранней привязанности, тогда как при интроективной психопатологии они сопоставимы, скорее, с «ненадежно-избегающим» паттерном. Согласно теории С.Блатта, высший уровень объектной репрезентации соответствуют «надежно-автономному» паттерну репрезентации привязанности (*Дороднов*, 2003).

Возможно, при разделении депрессивных расстройств по степени автономности/зависимости, во избежание коморбидности, важны и определенные критерии исключения из выборки с учетом данного принципа. Д.Розенштайн и Х.Горовиц (1996), работая с подростками, стремясь получить «чистую» группу с монополярными аффективными расстройствами, исключили из исходной выборки депрессивных пациентов с коморбидными, экстернализирующими симптомами, такими как эксцентричность поведения (*conduct disorders*) и антисоциальная направленность. Изначально коморбидная группа ассоциировалась с непропорционально высоким показателем ненадежно-избегающего стиля привязанности. Однако после процедуры исключения в группе аффективных расстройств превалирующим оказался процент ненадежно-озабоченной категории (*E*). Напротив, для того чтобы избежать аналогич-

ных противоречий, М. Патрик и ряд его сотрудников исключили в группе исследуемых пациенток, страдавших дистимией, коморбидность с пограничными расстройствами личности (интернализирующими стратегиями) (*Patrick et al.*, 1994). Возможно, этим и объясняется повышенный процент ненадежно-избегающего типа привязанности (*Ds*) в данной группе.

Данные о привязанности при биполярных нарушениях ограничены, но однозначны. П. Фоаги и его коллеги (1996) зафиксировали в этой группе преимущественно ненадежно-избегающую категорию привязанности (*Ds*). К. Тирелл и М. Дозье также продемонстрировали, что все участвовавшие в их эксперименте пациенты отличались ненадежно-избегающим стилем привязанности (*Ds*) (*Tyrell, Dozier*, 1997).

Как уже указывалось выше, события, связанные с утратой, представляют для группы аффективных расстройств значительный фактор риска. Четвертая категория *AAI* – «не нашедшая разрешения скорбь» (*unresolved state of mind*) (*U*) предполагает измерение степени, в которой подобный опыт был проработан индивидом. В то время как П. Фоаги и его коллеги (*op. cit.*) относят к категории *U* 72% депрессивных пациентов, Д. Розенштайн и Х. Горовиц (1996) – всего 18%, а М. Патрик и его коллеги (1994) – лишь 16% этой группы больных. Что касается исследования М. Патрика, то необходимо отметить, что в данном случае из экспериментальной выборки были исключены пациентки, пережившие опыт утраты в возрасте до 16 лет, что отчасти объясняет низкие показатели *U*-категории.

Интересными представляются также приведенные в этом исследовании данные о пациентах с депрессивной симптоматикой, которые были отнесены, в соответствии с результатами *AAI*, к надежно-автономной категории (*F*). Фоаги и его коллеги (1996) выявили, что высокие показатели *F*-группы присущи пациентам, страдающим общей депрессией (*Major Depression*), где они явно преобладают, по сравнению с «ненадежно-избегающей» категорией. В группе же биполярных пациентов не нашлось никого, кто мог бы быть отнесен к надежной категории, что представляет собой – на фоне смены маниакальных и депрессивных эпизодов – отдельное поле для изучения степени тяжести заболевания. В исследовании К. Тирелла и М. Дозье (1997), посвященном изучению монополярной депрессии (*MDD*), пять из шести пациентов оцениваются как надежно-автономные. П. Фоаги и его коллеги (1996) связывают такие показатели, во-первых, с эпизодической природой общей депрессии, течение которой предполагает наличие бессимптомных фаз; во-вторых, – с преобладанием в характере заболева-



ния наследственных факторов, в меньшей степени интерферирующих с опытом привязанности (в сопоставлении с хронической дистимией, обусловленной, скорее, конфликтами). Подобный результат указывает и на то, что сформированное однажды надежно-автономное представление о привязанности (*earned secure*) не может рассматриваться в качестве надежного фактора, предохраняющего от развития депрессии. Пациенты со сформированным надежно-автономным представлением о привязанности, как правило, не испытывали в детстве опыта разлуки или невнимательного к ним отношения, что, однако, полностью не застраховало их от развития заболевания, хотя и уменьшило шансы ему подвергнуться. Как полагает Дозье, «эти результаты показывают, что сложный жизненный опыт может предрасполагать индивида к развитию депрессии, несмотря на то, что автономность мышления уже развита» (Dozic et al., 1999, s.503).

Один из авторов данной статьи провел пилотажное исследование привязанности в выборке русских пациентов, страдающих психотическими заболеваниями (Дороднов, 2003). Данные относительно специфики привязанности у больных психозами, в имеющейся на сей счет литературе, практически отсутствуют. Мы ожидали обнаружить нарастание «избегающего» паттерна от аффективного психоза к шизофрении. Данная гипотеза подтвердилась на «интервале» аффективные – шизоаффективные нарушения. Аффективные психозы имеют «озабоченный» тип привязанности ( $E=preoccupied$ ). Шизоаффективные – «избегающий» тип ( $Ds=dismissing$ ); у большинства из них была выявлена также интроективная конфигурация психопатологии. При этом группа больных шизофренией – ближе всего к переработанному статусу привязанности ( $U=unresolved$ ). У всех больных был выявлен сниженный уровень «рефлексивной функции» (см. далее).

Таким образом, на основании данного обзора можно сделать вывод о том, что при рассмотрении типологии привязанности в гетерогенных группах аффективных расстройств следует различать, в первую очередь, *монополярные* и *биполярные* нарушения. Можно утверждать, что в рамках монополярных групп, по сравнению с дистимией, основная депрессия ассоциируется значительно реже с дезорганизованным статусом привязанности и намного чаще – с надежным представлением о ней. В пределах депрессивных картин заболевания следует обращать внимание на связь интернализирующих и экстернализирующих стратегий совладания с различными, «касающимися привязанности, стратегиями проработки». Исследование взаимосвязи депрессии и привязанности представляет собой комплекс вопросов, ответы на которые можно

получить лишь при учете классификации, коморбидности, течения и степени заболевания.

### **Клинический пример**

Пациент – 46 лет, с депрессивно-суицидальным кризисом при нарциссически-обсессивной структуре личности; тип привязанности: «раздраженно-озабоченный».

#### *Первое впечатление и психодинамика*

Сорокалетний пациент, врач, по совету своего шефа, обратился к терапевту (ХК). При первом разговоре возникло впечатление, что он пришел лишь для того, чтобы обстоятельно за это извиниться. Основной конфликт носил «профессионально-иерархический» характер: начальник пациента по работе, главный врач, перечеркивал его планы и считал его «сутяжником». Под углом зрения истории жизни эта проблема может объясняться давним конфликтом пациента с отцом, недостаточным принятием его со стороны отца, чему была посвящена тщательная работа в течение 40-часовой фокусированной терапии. В конце этого лечебного цикла пациент резюмировал, что он ценит вновь приобретенную «свободу мышления и теперь получил больше пространства, чтобы покончить со своим нахальством». Его обсессивно-нарциссический характер был немного смягчен, а профессиональный кризис пришел к благополучному разрешению благодаря изменению ситуации на работе.

Через пять лет он вновь обращается к своему терапевту. Повод – повторившийся суицидальный срыв, который находился в близкой временной и ситуативной связи с критическим развитием, на этот раз, отношений с женой. На этой почве возникли также частые нарушения сна. Для каких-либо соматических причин оснований не было. Пациент больше не казался кичливым и страдающим самомнением, как прежде, а напротив – выглядел подавленным и беспомощным перед непонятными ему импульсами: «Я боюсь потерять контроль над собой». В профессиональной области, где его ценили за постоянную готовность помочь, он был свободен от страхов, и только высказанная женой мысль о разводе могла стать поводом для их интенсивных вспышек, которые временами стали возникать при контакте с коллегами по работе.

Уже в рамках предыдущей психотерапии стало ясно, что отношение пациента к жене было достаточно прохладным, но в то время, в рамках фокусированной терапии, эта тема не получила развития. Ныне пациент вступил в отношения с женщиной, которая была значительно его моложе и полна жизни, что поставило под вопрос все его размышления о самом себе, Боге и мире. Моральная порядочность была его капиталом, надменность по отношению ко всему остальному человечеству – его триумфом. Теперь же, с одной стороны, над ним берет верх

интенсивность сексуальных переживаний, которых он прежде никогда не испытывал, с другой стороны, как ему кажется, весь его прежний образ жизни поставлен под сомнение. В результате разногласия возникших в нем стремлений, вспышек страха, потребности в контроле, он стал желать только покоя. При обострении конфликта, когда обе женщины начинали упрекать пациента, у него возникало желание покончить жизнь самоубийством. До этого момента еще можно было избежать стационарного психиатрического лечения. Но по причине возросшей суицидальной угрозы была выбрана длительная психоаналитическая терапия, нацеленная на изменение базальной нарциссическо-обсессивной структуры его личности. Проявившаяся мотивация пациента к подобному изменению и удачный предыдущий опыт с кратким психотерапевтическим вмешательством с тем же терапевтом позволили сделать положительный прогноз.

*Процесс лечения и терапевтические отношения*

В ходе психоаналитической работы перенос был в начале ориентирован на уже знакомую отцовскую схему, однако в дальнейшем за основу было взято влияние на пациента сурово-ханжеского опыта общения с матерью. Кажущиеся ребячливыми, частью осознанно, а частью неосознанно, чувства стыда и вины перед матерью постоянно проявлялись в ситуации переноса. Он пытался получить от аналитика одобрение своей новой жизненной концепции. При контрпереносе все время возникало ощущение, что нужно «дать ориентир» («когда это затягивалось») или «указать шаги» по направлению к наметившемуся освобождению. Вообще, чувство ненависти, даже бешенства по отношению к женщинам, к их власти и силе соблазнения с возрастающей интенсивностью появлялось и в аналитической работе, когда, скажем, речь заходила о правилах взаимодействия или о том, что по его предположению, в формировании рамок отношений они, женщины, устанавливают эти правила в одностороннем порядке. Его страхи, носящие характер социальных фобий, в процессе лечения заметно сократились, и он смог достичь конструктивных изменений в ситуации своего брака. Его поначалу несколько манерный стиль речи смягчился, даже в тот момент, когда он не очень хотел выходить из образа чудака, используемого им в качестве «прикрытия». Для терапевта, с его «наивным» пониманием отношений, пациент был узником своей ситуации, который не мог в достаточной мере пересмотреть свой идеальный мир и поэтому близко к сердцу принимал потерю своей связи с семьей, где он родился.

*Классификация привязанности (с применением ААI для взрослых)*

В соответствии с существующей классификацией, привязанность пациента можно отнести к «раздраженно-озабоченному» (E2) типу. Он с раздражением говорил о могуществе своего отца и о собственной беспомощности, ощущаемой по сей день. Свою мать он описывал как

слабого человека, не способного противостоять атакам отца. Нередко в раздражении он начинал вдаваться в такие детали, которые уводили далеко от темы. Отношение к матери колебалось между идеализацией и обесцениванием. Даже теперь он воспринимает свои конфликты с родителями как нечто неразрешимое и до сих пор чувствует себя обделенным уважением и одобрением с их стороны, что указывает на недостаточность его автономии. С чувством ненависти он рассказывал о бессмысленных побоях, которые неожиданно и без особых оснований наносили ему родители. Теперь его гнетет страх перед возможными неблагоприятными моментами жизни и ощущение, что он ни на кого не может положиться. Во время интервью я чувствовал, что пациент не воспринимает меня в качестве своего визави, — говоря, он, как правило, смотрел в сторону. Я чувствовал себя буквально засыпанным множеством эпизодов и старался придать всему услышанному определенную структуру.

Пациент получал мало любви со стороны своих родителей, а в ситуациях, где должна была проявиться их привязанность, испытывал отвержение. Он часто чувствовал свою ответственность за мать, отца же описывал как авторитарную личность с высокими требованиями к успеваемости и поведению сына. Отчетливо выступило эмоциональное пренебрежение по отношению к нему как к ребенку, несмотря на физическое присутствие родителей.

Анализ оценочной шкалы ментальной переработки отношений с родителями выявил следующую картину: в записи сессий легко распознали повторяющиеся пассажи с обвинительными высказываниями, позволившие установить раздраженно-озабоченный тип привязанности (E2). Высокие оценки по шкале *Гнев* отражали раздражение и досаду респондента, с которыми тот из настоящего времени, «здесь и сейчас», отзывался о ближайших людях, являвшихся объектом его привязанности: *«прежде всего, мой отец казался мне очень могущественным, он был холерической натурой, и в принципе так обстоят дела и до сих пор»; «я был беспомощен по отношению к отцу, я постоянно сталкивался с непониманием, я думаю, она (мать) до сих пор так и не поняла, как сильно тяготила меня эта семейная ситуация».*

С другой стороны, пациент был склонен к идеализации своей матери, что придает колеблющийся характер оценке, с которой он относился к ее личности, продолжая испытывать к ней привязанность: *«она (мать) пыталась быть чуткой, она была мягкой и добросердечной».* А чуть позже: *«с ней я не мог чувствовать себя защищенным, она была не в состоянии меня защитить».*

Для его озабоченной привязанности характерно было и чувство сострадания, которое он испытывал к матери, внутренне приняв на себя ответственность за нее, из-за чего произошла неблагоприятная смена ролей: *«с помощью собственного хорошего поведения я пытался предв-*

*ратить ситуации, когда старик вновь будет терроризировать всю семью»; «я ужасно страдал оттого, что мать не могла уйти, а должна была оставаться и все это терпеть».*

В интервью стало особенно очевидным, что пациент неоднократно отклонялся от темы, погружаясь в детальные подробности, выходящие далеко за рамки заданного вопроса. Он нарушал критерии релевантности и количества сказанного, часто терялся в бесконечных построениях фраз, которые не делали нагляднее описываемую сцену.

Пациент ни слова не сказал об опыте утраты, который вызвал бы у него продолжительную скорбь. Напротив, в этом месте он признался, что часто желал смерти своему отцу. Зато он рассказывал о пережитом *травматическом опыте*, имея в виду побои отца: *«я вспоминаю одну сцену — мать была в больнице, он был очень требовательным ко мне, в этот вечер у него что-то не получалось, потом сдали нервы, и он стал меня без повода избивать».* Пациент часто излагал агрессивные воспоминания, подобные этому. Создавалось впечатление, что эти переживания были «переработаны» и целиком перешли в чувство злобы и ненависти по отношению к отцу.

Самого себя пациент все-таки представляет безвинной, пассивной жертвой, которая полностью находилась во власти отца. Даже теперь, по прошествии стольких лет, отчетливо прослеживается чрезвычайно сильное чувство злобы, — как видно, он до сих пор не нашел мирного решения, которое позволило бы изменить это болезненное отношение к отцу (*«я до сих пор еще очень ожесточен»*). Пациент функционирует на метауровне, и в конце концов не находит нужной эмоциональной дистанции (например, к отцу он обращается: «пожилой господин»). Сам пациент утверждает, что детские переживания блокируют его позитивное продвижение в указанной сфере, что он все еще чувствует эту *«постоянную опасность, этот страх существования, все поглощено страхом, что он сделает что-то не так».* Он постоянно, почти параноидально, ожидает наказания за все свои поступки, и его единственная стратегия преодоления такова: *«я лучше сам решу все свои дела, я ни на кого не могу положиться, я никого не прошу о помощи».*

*Дискуссия о совмещении перспектив теории и привязанности и психоанализа*

Для подобного рода патологической привязанности Дж.Боулби выбирает название «озабоченное-обращенное-на-себя» и описывает подобных личностей как далеких от поисков любви и заботы о близких. При любых обстоятельствах они стремятся все делать самостоятельно. По его мнению, люди данного типа склонны чувствовать подавленность во время стресса и страдание при психосоматических симптомах и депрессии. Создается впечатление, что ранее они должны были сдерживать любое чувство привязанности и развития отношений и теперь вынуждены отрицать потребность в них. Они ощущают паничес-

кий страх перед возможностью на кого-то положиться — не только из желания уменьшить собственную боль, но также из нежелания подвергнуться принуждению заботы о других (у нашего пациента это выступает со всей очевидностью, когда ему предлагается пофантазировать о детях: «они должны идти своим собственным путем, с самого начала быть самостоятельными»).

С точки зрения перспективы лечения, ААI весьма четко тематизирует конфликт с отцом, который в начале лечения был еще мало проработан. Образ матери в ААI, на мой взгляд, слабо очерчен. Напротив, в процессе лечения конфликт — не быть послушным, идентифицированным с матерью мальчиком, — разворачивается таким образом, что обвиняющая позиция по отношению к ней проявляется более четко. Переданные матерью «правила приличия» во всех их разветвлениях доставили пациенту в ходе лечения немало хлопот. Тема неблагодарности любимой слабой матери, чьей по-настоящему сильной стороной была ее обязующая готовность идти на жертвы, стала большим препятствием на пути пациента к новому самоопределению.

### **Заключение и перспективы научной работы**

В клинической области Полуструктурированное интервью на тему привязанности для взрослых зарекомендовало себя как функциональная и продуктивная методика. Мета-анализ, осуществленный Ван Иджендурном и Бакерманс-Краненбургом (*Van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 1996*) продемонстрировал однозначное доминирование случаев ненадежного представления о привязанности в клинических группах, сравнительно с неклиническими («избегающие» — 41%, «озабоченные» — 46%, «надежные» — 13%). Таким образом, с помощью ААI может быть выявлено различие клинической и неклинической выборок в сфере привязанности. Несмотря на то, что в некоторых группах заболеваний распределение «избегающей» и «озабоченной» категорий практически равномерно, пока еще не удается провести дифференцированного сопоставления «ненадежного» типа привязанности и определенной психопатологии.

Как показали сформулированные выше выводы (например, в отношении аффективных расстройств), исследования взаимосвязи ААI-категорий и отдельных клинических подгрупп демонстрируют частичную несогласованность, не позволяя ввиду различных методических недостатков провести корректное дифференцированное сопоставление типологии привязанности и психопатологии. М.Дозье и его коллеги (1999) связывают этот факт, в частности, с гетерогенностью развития некоторых заболеваний. Особенно остро недостаток научных исследований ощуща-

ется в тех случаях, когда на основе масштабных выборок предпринимается попытка установить, к какому типу привязанности относятся пациенты с теми или иными специфическими заболеваниями, характеризующимися различной степенью тяжести и неравной мерой переработки конфликта (экстернализирующей / интернализирующей).

На основании результатов *ААI* можно сделать вывод о способности индивида к осмыслению и проговариванию своих переживаний относительно привязанности. Так, например, надежно-автономное интервью демонстрирует наличие у испытуемого уравновешенного, неидеализированного представления о матери и отце, что, в свою очередь, отражается в убедительном, правдивом и в меру детализованном описании их поведения; при этом испытуемый не проявляет признаков раздражения либо обесценивающего настроения. Подобные особенности редко встречаются у пациентов с психическими расстройствами, во всяком случае, в период до проведения терапии (Steele & Steele, 2000). С клинической точки зрения, ценной представляется попытка Фонаги и группы его коллег (Fonagy et al., 1998) разработать шкалу для измерения способности к «рефлексивному функционированию» (*reflective-functioning*), опираясь на концепцию «метакогнитивной регуляции» М.Мейн (Main, 1999). Способность вчувствоваться во всю сложность внутреннего мира, выстраивая при этом разнообразные перспективы, составляет, согласно Фонаги (1991), основу развивающейся функции, названной ученым «ментализацией»: «Я хотел бы обозначить способность к осмыслению психического состояния себя самого и других как способность к ментализации». С точки зрения Фонаги, способности к рефлексии могут подвергаться «торможению» либо «искажению» в том случае, когда значимые для ребенка фигуры привязанности проявляли к нему в детстве недостаточно эмпатии или чуткости, что делает индивида, имевшего опыт подобных отношений, уязвимым по отношению к развитию психопатологии.

В будущем представляется уместным расширить *ААI*, принимая во внимание его высокие диагностические возможности в области клинической проблематики. Исследования, проведенные с участием пациентов, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, продемонстрировали высокие показатели этих испытуемых одновременно в отношении как дезактивирующих («избегающие»), так и гиперактивирующих («озабоченные») составляющих интервью. Такие показатели возможны, например, у пациентов, которые ввиду расколотых объектных представлений испытывают к фигуре привязанности (объекту) наряду с ярко выраженным чувством ненависти (раздражением) сильные идеалистичес-

кие эмоции. В результате тестирования с помощью *AAI* такие пациенты могут оказаться в категории, «не поддающейся однозначной классификации», которая несет, однако, как уже было упомянуто выше, негативные коннотации смысла. Но, с точки зрения научного интереса, именно такие пациенты представляют наибольшую ценность для дальнейшей работы, так как они тяжелее всего поддаются терапии.

К.Джордж и М.Вест (*George, West, 1999*) с успехом обосновали положение о том, что в рамках клинических групп психическую декомпенсацию следует воспринимать как следствие дезорганизованной привязанности. Если следовать этому замечанию, то открываются перспективы для формулировки новых вопросов, нацеленных на выявление клинически релевантных категорий, выходящих за рамки трех классических образцов привязанности, включая и классификацию «не переработанного статуса привязанности».

Клинические исследования привязанности развиваются в двух направлениях. Первое из них ставит вопрос: должны ли результаты этих исследований привлекаться в качестве вспомогательных методик для изучения и объяснения картин различных заболеваний? Второе направление подходит к делу иначе: возможно, развитие теоретических конструктов в рамках клинической популяции должно содействовать расширению конструктов и парадигм самой теории привязанности. Однозначным представляется факт, что возможности интерпретации под углом зрения теории привязанности были бы весьма ограничены, если бы научный интерес исчерпывался лишь сбором данных о частоте возникновения ненадежных представлений о привязанности в различных популяциях. Работа должна вестись и в направлении исследования сфер функционирования методов и конструктов, а также обогащения новыми клиническими категориями моделей, нацеленных на изучение привязанности у здоровых людей.

Ульм — Москва,  
2005

## **Литература**

*Дороднов Д.А.* Репрезентация привязанности у взрослых (на материале психотических расстройств). Дипломная работа, МГУ, 2003.

*Кехеле Х., Буххайм А., Шмукер Г.* Развитие, привязанность и взаимоотношения: новые психоаналитические концепции. Московский Психотерапевтический Журнал, № 3, 2002.

*Ainsworth M.D.S.* Attachments across life span. Bulletin of the New York Academy of Medicine 1985; 61: 792-812.



- Arieti S., Vemporad J.* The psychological organization of depression. *American J. Psychiat.* 1980; 136: 1365-1369.
- Beck A.* Cognitive therapy of depression: New perspectives. In: Clayton P., Barrett J., eds. *Treatment of depression: Old controversies and new approaches.* New York: Raven Press, 1983.
- Blatt S.J.* Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The psychoanalytic study of the child.* V 29/1974.
- Blatt S.J., Quinlan D.M., Chevron E.S., McDonald C., Zuroff D.* Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *J. Consult. and Clinic. Psychol.* 1982; 50: 113-124.
- Bowlby J.* *Maternal care and mental health.* World Health Organisation. Monograph Series No. 2, 1951.
- Bowlby J.* *Attachment.* Vol. 1: Attachment and loss. New York: Basic Books, 1969.
- Bowlby J.* *Attachment and loss.* Vol. 2: Separation: Anxiety and anger. New York: Basic Books, 1973.
- Bowlby J.* *The making and breaking of affectional bonds.* London: Tavistock, 1979.
- Bowlby J.* *Attachment and loss.* Vol. 3: Loss, Sadness and depression. New York: Basic Books, 1980.
- Bowlby J.* *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory.* London: Routledge, 1988.
- Bowlby J.* *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung.* Heidelberg: Dexter., 1995.
- Bretherton I.* Attachment theory: retrospect and prospect. In: Bretherton I., Waters E., eds. *Growing points of attachment theory and research.* 1985: 4-38.
- Bretherton I.* New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. In: Osofsky J., ed. *Handbook of infant development.* New York: Wiley, 1987: 1056-1100.
- Bretherton I.* A communication perspective on attachment relationships and internal working models. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1995; 60: 310-329. Craik K. *The nature of explanation.* Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1943.
- Bretherton I.* Internal working model in attachment relationships: A construct revisited In: Cassidy J., Shaver P., eds. *Handbook of Attachment.* New York: Guilford, 1999.
- Buchheim A., Mergenthaler E.* The relationship between attachment representations, emotion-abstraction patterns, and narrative style: A computer-aided text analysis of the adult attachment interview. *Psychotherapy Research*, 2000; 10: 390-407.
- Cassidy J.* The nature of the child's ties. In: Cassidy J., Shaver P., eds. *Handbook of Attachment.* New York: Guilford, 1999: 1-20.
- Cassidy J., Shaver P.* *Handbook of Attachment.* New York: Guilford, 1999.
- Cole-Deke H., Kobak R.* Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 282-290.

- Craik K.* The Nature of explanation. Cambridge: Cambridge University Press, 1943.
- Dozier M., Kobak R.R.* Psychophysiology in attachment interviews: converging evidence for deactivating strategies. *Child Development* 1992; 63: 1473-1480.
- Dozier M., Chase Stovall K., Albus K.E.* Attachment and psychopathology in adulthood. In: J.C., Shaver P., eds. *Handbook of Attachment*. New York, London: Guilford Press, 1999: 497-519.
- Emery G., Leshner E.* Treatment of depression in older adults: personality considerations. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1982; 19.
- Fonagy P., Steele J.* Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child development*, 1991; 62.
- Fonagy P., Leigh T., Steele M., et al.* The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1996; 64: 22-31.
- Fonagy P., Target M., Steele M., Steele H.* Reflective-functioning manual: for application to Adult Attachment Interviews. Confidential document (Version 5.0). London: University College, 1998.
- Fuendeling J.M.* Affect regulation as a stylistic process within adult attachment. *J. Soc. Personal Relationships*, 1998; 15: 291-322.
- George C., Kaplan N., Main M.* The Adult-Attachment-Interview. Berkeley: Unpublished manuscript, University of California, 1985.
- George C., West M.* Developmental vs. social personality models of adult attachment and mental ill health. *British Journal of Medical Psychology*, 1999; 72: 285-303.
- Grossmann K., August P., Fremmer-Bombik E., et al.* Die Bindungsforschung: Modell und entwicklungspsychologische Forschung. In: Keller H., ed. *Handbuch der Kleinkindforschung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1989: 31-56.
- Grossmann K.E., Grossmann K.* The wider concept of attachment in cross-cultural research. *Human Development*, 1990; 33(1): 31-47.
- Grossmann K.E.* Laudatio für John Bolwby. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 1990; Band XXII, Heft 2: 166-174.
- Grossmann K., Grossmann K.E.* Newborn behavior, early parenting quality and later toddler-parent relationships in a group of German infants. In: Nugent J.K., Lester B.M., Brazelton T.B., eds. *The cultural context of infancy*. Norwood: Ablex, 1991: 3-38. vol. 2.
- Grossmann K.E., Grossmann K.* Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In: C.M.Parkes, J.Stevenson-Hinde, Marris P., eds. *Attachment across the life cycle*. London/ New York: Tavistock/Routledge, 1991: 93-114.
- Grossmann K.E., Grossmann K.* Bindungstheoretische Grundlagen psychologisch sicherer und unsicherer Entwicklung. *Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie – Zeitschrift*, 1994; 96: 26-41.

- Harris T.O., Brown G.W., Bifulco A.* Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 1987; 17: 163-183.
- Harris T.O., Brown G.W., Bifulco A.* Depression and situation helplessness/mastery in a sample selected to study childhood parental loss. *J. Aff. Disord.*, 1990; 20.
- Harlow H.F., Harlow M.K.* Effects of various mother-infant relationships on rhesus monkey behaviors. In: Foss B.M., ed. *Determinants of infant behaviour*. London: Methuen, 1969: 15-36.
- Harlow H.F., Suomi S.V.* Nature of love - simplified. *Am. Psychol.* 1970; 25: 161-186. Main M., Goldwyn R. Adult attachment scoring and classification systems. 6 Aufl. Unpublished manuscript. University of California, Berkeley: 1985-1996.
- Hazan C., Shaver P.* Romantic love conceptualized as an attachment process. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1987; 52: 511-524.
- Hesse E.* The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In: Cassidy J., Shaver P., eds. *Handbook of Attachment*. New York: Guilford, 1999: 395-433.
- Köhler L.* Formen und Folgen früher Bindungserfahrungen. *Forum Psychoanal.* 1992; 8: 263-280.
- Köhler L.* Bindungsforschung und Bindungstheorie aus der Sicht der Psychoanalyse. In: Spangler G., Zimmermann P., eds. *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1995: 67-85.
- Köhler L.* Entstehung von Beziehungen: Bindungstheorie. In: Adler R., Herrmann J., Kehle K., Schonecke O.W., von Uexküll T., Wesiack W., eds. *Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Schwarzenberg, 1996: 222-230.
- Lyons-Ruth K., Jacobvitz D.* Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy J., Shaver P.R., eds. *Handbook of Attachment*. New York: Guilford, 1999: 520-554.
- Magai C.* Affect, imagery, and attachment. In: Cassidy J., Shaver P.R., eds. *Handbook of Attachment*. New York: Guilford, 1999: 787-802.
- Main M., Goldwyn R.* Adult attachment classification system. Berkeley: Unpublished manuscript. University of California, Department of Psychology, 1985.
- Main M.* Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) models of attachment: Findings and directions for future research. In: Parkes C.M., Stevenson-Hinde J., Harris J., eds. *Attachment across life cycle*. New York: Routledge, 1991: Spitz R.A. Hospitalism. *Psychoanalytic Study of the Child* 1945; 1: 53-74.
- Main M., Hesse E.* Parents unresolved traumatic experiences are related to disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg M.T., Cicchetti D., Cummings E.M., eds. *Attachment in the preschool years*. Chicago: The University of Chicago Press, 1990: 161-182

- Main M., Solomon J.* Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton T.B., Yogman M., eds. *Affective development in infancy*. Norwood: Ablex, 1986: 95-124.
- Miculincer M., Orbach I.* Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1995; 68.
- Patrick M., Hobson R.P., Castle P., Howard R., Maughan B.* Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*, 1994; 6: 375-388.
- Pilkonis P.A.* Personality Prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. *Journal of Personality Disorders* 1988; 2: 144-152.
- Rosenstein D., Horowitz H.* Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 1996; 64: 244-253.
- Seligman M.E.P.* Helplessness. On depression, development and death. San Francisco: Freeman, 1975.
- Spitz R.A.* Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early child-hood. *Psychoanal. Study Child*, 1, 1945.
- Spitz R.A.* Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal Study Child*, 1946; 2.
- Steel H., Steel M.* Die Bedeutung des Adult Attachment Interviews für die klinische Forschung. In Gloger-Tippelt G. (Hrsg). *Bindung im Erwachsenenalter*. Bern: Huber, 2000.
- Tulving E., Donaldson W., eds.* Organization of memory. New York: Academic Press, 1972.
- Tyrell C., Dozier M.* The role of attachment in therapeutic process and outcome for adults with serious psychiatric disorders. Washington DC: Paper presented at the biennial meeting of Society for Research in Child Development, 1997.
- Van Ijzendoorn M.H., Bakermans-Kranenburg M.J.* Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical Groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996; 64: 8-21.
- Van Ijzendoorn M.H., Schuengel C., Bakermans-Kranenburg M.* Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev. Psychopathol.*, 1999; 11.
- Zimmermann P.* Structure and functioning of internal working models of attachment and their role during emotion regulation. *Attachment and Human Development*, 1999b; 1: 291-307.

*Перевод с немецкого выполнен Инфо-центром  
психотерапевтических исследований (Москва)  
Переводчики: Е.Беларева, Н.Кортунова*