
АНАЛИЗ СЛУЧАЯ

CASE STUDY

Научная статья | Original paper

Применение теории привязанности в психологическом консультировании родителей детей, проходящих онкологическое лечение, и медицинского персонала в условиях открытой реанимации на примере двух клинических случаев

Е.С. Шуткова

Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3517-6412>,
e-mail: eshutkova@gmail.com

В России, как и во всём мире, существует и продолжает совершенствоваться система психологической помощи онкологическим больным в педиатрии, которая включает в себя помощь не только пациенту, но и его родителям, сопровождающим ребенка на протяжении всего лечения. В РФ на законодательном уровне принято решение о внедрении практики открытых реанимаций, где родители находятся вместе с детьми. Наряду со снижением стресса для ребенка, это, в свою очередь, создает определенную психологическую нагрузку как на родителей, так и на медицинский персонал, находящийся в постоянном взаимодействии с родителями, переживающими колоссальный эмоциональный стресс, связанный с угрозой потери ребенка. На примере двух клинических случаев родителей, сопровождающих детей в реанимации, в статье отмечаются некоторые общие особенности психоэмоционального состояния и коммуникации с медицинским персоналом, которые можно описать и проанализировать с точки зрения теории привязанности Дж. Боулби. Использование теории привязанности в психологическом консульти-

ровании всех участников лечебного процесса (пациент-родитель-врач) позволяет оказывать более эффективную психологическую помощь каждой из сторон. В данной статье рассматривается вопрос оказания психологической помощи родителю и медицинскому персоналу.

Ключевые слова: теория привязанности, психологическое консультирование, онкология, педиатрия, психоонкология, открытая реанимация.

Для цитаты: Шуткова Е.С. Применение теории привязанности в психологическом консультировании родителей детей, проходящих онкологическое лечение, и медицинского персонала в условиях открытой реанимации на примере двух клинических случаев // Консультативная психология и психотерапия. 2025. Том 33. № 1. С. 127—141. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330107>

Application of the Attachment Theory in Psychological Consulting of Parents Whose Children Undergoing Cancer Treatment and of Medical Staff in Open Intensive Care Units, Illustrated by Two Clinical Cases

Ekaterina S. Shutkova

Dmitry Rogachev National Medical Research Center Of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3517-6412>,
e-mail: eshutkova@gmail.com

In Russia, as in the rest of the world, there is a system of providing psychological support to pediatric patients that keeps improving and includes supporting not only the child patient but also their parents accompanying the child throughout the treatment. A legislative decision has also been made in the country to establish open intensive care units where parents can stay with their children. Despite reducing stress in children, this practice generates certain psychological pressure for parents as well as for medical staff working in open intensive care units; these medical workers constantly interact with parents who are under immense emotional stress due to the threat of losing the child. Drawing from two clinical cases of parents accompanying their children in intensive care, the article defines some common features of their psychological and emotional condition as well as communication with medical workers that can be described and analyzed based on J. Bowlby's attachment theory. Applying the attachment theory in psychological consultation of all those involved in the treatment process (patient — parent — medical worker) allows for more effec-

tive psychological support to each. This article focuses on psychological support for parents and medical workers.

Keywords: attachment theory, psychological counseling, oncology, pediatrics, psycho-oncology, open intensive care.

For citation: *Shutkova E.S.* Application of the Attachment Theory in Psychological Consulting of Parents Whose Children Undergoing Cancer Treatment and of Medical Staff in Open Intensive Care Units, Illustrated by Two Clinical Cases. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2025. Vol. 33, no. 1, pp. 127—141. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330107> (In Russ.).

Введение

Существует много литературы на тему переживания пациентами с онкологическими заболеваниями витальной угрозы и психологических последствий этого переживания. Одним из первых и фундаментально значимых авторов, исследовавших переживания онкологических пациентов, была Элизабет Кюблер-Росс, известный американский психолог и психиатр, которая предложила классификацию стадий процесса горевания у умирающих больных. Однако, если пациент с онкологическим заболеванием — не взрослый человек, а ребенок, то в процессе лечения активное участие принимают его родители. Они испытывают интенсивный страх потери ребенка на протяжении всего лечения, а зачастую и после его завершения. Таким образом, система психологической помощи в педиатрии включает в себя заботу об эмоциональном состоянии не только пациента, но и его родителей. Это особенно актуально для родителя, сопровождающего ребенка во время лечения. Родители, находящиеся в стационаре вместе с ребенком на протяжении всего лечения, являются активными участниками лечебного процесса: они осуществляют уход за ребенком, помогают ему проходить медицинские процедуры и принимать препараты, осуществляют коммуникацию с медицинским персоналом по ходу лечения и подписывают согласие на лечение. В связи с этим, в данной статье нам хотелось бы подробнее остановиться на некоторых феноменах, возникающих в психике родителей в ситуации угрозы потери ребенка. Понимание этих феноменов позволяет оказывать психологическую помощь более эффективно. Для идентификации и понимания этих феноменов, на наш взгляд, наиболее полезной оказывается теория привязанности, основоположником которой считается Джон Боулби.

Он предложил экспериментально и научно обоснованную модель отношений привязанности между матерью и ребенком.

Вслед за Д.В. Винникоттом, английским педиатром и детским психоаналитиком, которому принадлежит высказывание «Нет такого объекта, как младенец...собираясь описать малыша, вы обнаружите, что описываете его и кого-то еще. Он не может существовать один, а является неотъемлемой частью отношений. Придется учитывать и мать» [6, с. 50], хочется сказать: нет такого объекта как родитель, это всегда пара «родитель-ребенок». То есть, в контексте рассмотрения этой пары, речь идет не только об интрапсихических процессах одного или другого, но также и о переживании ими связи друг с другом. В ситуации болезни ребенка эта связь оказывается под угрозой. Боулби, наравне с другими авторами, также внес большой вклад в понимание психологического состояния человека, переживающего угрозу потери близкого. По мнению Боулби, поведение привязанности является формой инстинктивного поведения, которое развивается у людей, как и у других млекопитающих, в период младенчества и имеет в качестве своего стремления или цели близость к материнской фигуре [13; 14]. Феномен импринтинга, например, у птиц и животных также демонстрирует инстинктивное поведение привязанности. Его цель — в частности, обеспечение безопасности потомства. Комплементарное инстинктивное поведение наблюдается у родителя и называется инстинктом заботы о потомстве. Этот инстинкт есть у людей, животных и даже рыб.

Утрата объекта привязанности одна из самых эмоционально заряженных ситуаций. Реакции на утрату объекта привязанности сначала были исследованы Боулби в ситуации разлуки маленьких детей с их родителями (когда детей помещали в дом ребенка или ясли). Дети демонстрировали одни и те же эмоциональные реакции: протест, отчаяние, отчуждение. В дальнейших исследованиях, проводившихся с участием взрослых, переживающих смерть близкого, было отмечено, что стадии траура сходны с теми этапами, которые проходит ребенок, переживающий разлуку с родителем, т. е. реакция на потерю значимого лица имеет универсальный характер во всех ситуациях, связанных с разлукой, независимо от возраста (т. е. характерна как для детей, так и для взрослых).

Боулби выделил следующие характеристики поведения привязанности:

- проявляется только к объекту привязанности и отсутствует по отношению к посторонним лицам;
- направлено на сохранение отношений с объектом привязанности (у животных определенное инстинктивное поведение);

— в ситуации разлуки — поиск объекта привязанности, попытка восстановить отношения;

— агрессия в сторону того, кто пытается разлучить с объектом привязанности;

— агрессия в сторону объекта привязанности после восстановления отношений с ним (после периода разлуки).

Все эти характеристики будут присущи эмоциональным и поведенческим реакциям родителей в случае угрозы потери ребенка.

Также Боулби описал с точки зрения теории привязанности стадии горевания, которые проходит человек в случае, когда потеря свершилась. И в случае разлуки, и в случае смерти мы можем наблюдать активизацию поведения привязанности, направленного на сохранение отношений с объектом привязанности. Эта модель также применима и к ситуации еще не случившейся, но ожидаемой потери. Вот эти стадии:

1. Оцепенение.
2. Острая тревога (плач, гнев) и поиск утраченной фигуры.
3. Дезорганизация и отчаяние.
4. Реорганизация.

В процессе лечения возможна ситуация, когда родитель особенно остро переживает страх потери объекта привязанности. Это происходит, когда ребенок оказывается в реанимации из-за ухудшения соматического состояния. Это может быть временное ухудшение или ухудшение, которое может привести к смерти пациента. Поскольку здесь речь идет о пока не случившейся потере, то мы немного переформулируем вторую стадию горевания и назовем ее «Острая тревога и активация поведения привязанности». Это, в основном, та стадия переживания, с которой мы имеем дело в процессе консультирования родителей в реанимации. Первая и третья стадии — «оцепенение» и «дезорганизация и отчаяние» — также могут наблюдаться в психологическом состоянии родителей на этом этапе.

Таким образом, угроза смерти ребенка активизирует поведение, направленное на сохранение отношений привязанности. Такое поведение родителей выражается по-разному и зависит от того, в чём тот или иной родитель видит способ повлиять на устранение этой угрозы. Это может быть более активное обращение к религии (молитвы, посещение храмов с чудотворными иконами или мощами и пр.), поиск других клиник, в которых используются «более эффективные» методы лечения, или попытки уговорить врачей на проведение какого-то вида лечения, который родитель считает более эффективным; возможно также обращение

к магическим силам (народные целители, колдуны и пр.). Как правило, на этом этапе у родителя могут возникнуть проблемы в коммуникации с медицинским персоналом, поскольку идеи родителя могут идти вразрез с представлениями докторов об эффективности того или иного метода лечения. Возможно даже открытое проявление некомплаентного поведения со стороны родителя, что может создать угрозу для лечения. Например, узнав о том, что некий препарат, который применяется в ветеринарии, по слухам, показал эффективность в борьбе с раковой опухолью, родитель может решить давать его ребенку в тайне от врачей. Запросы на психологическую консультацию родителя в этот период приходят зачастую именно от медицинского персонала, который может испытывать давление со стороны родителя или беспокоиться за его эмоциональное состояние. Заявки докторов на консультацию психолога нередко выражают обеспокоенность тем, что родителю была сообщена информация о признании ребенка паллиативным, либо об опасном ухудшении соматического состояния ребенка, а он как будто эту информацию не воспринял, отрицает. Или что родитель информацию воспринял, но демонстрирует настолько сильные эмоциональные переживания, что ему необходима психологическая поддержка. Или что родитель конфликтует с медперсоналом и мешает работать докторам, не справляясь со своей тревогой. Но то, что со стороны медицинского персонала выглядит как отрицание родителем, например, паллиативного статуса ребенка, со стороны родителя является как раз нормальным проявлением инстинктивного поведения — поведения привязанности. То есть родитель — в зависимости от своего восприятия и понимания — направляет все силы на сохранение связи с объектом привязанности, т. е. на то, что могло бы сохранить ребенку жизнь. И такое поведение как раз происходит не от отрицания угрозы потери, а, наоборот, от понимания этой угрозы. Возникает расщепление на сознающую и отрицающую возможность потери ребенка части личности. Это расщепление проявляется в поведении и мыслях родителя, где присутствуют одновременно два плана: один связан с признанием факта потери (например, планирование и обдумывание своего поведения в случае смерти ребенка), другой — с отрицанием факта потери.

В России существует и продолжает совершенствоваться система психологической помощи онкологическим больным в педиатрии. С внедрением стационаров с открытой реанимацией, где родителю разрешено находиться вместе с ребенком, всё более актуальным становится вопрос оказания психологической поддержки не только пациенту, но и родителю, а также медицинскому персоналу, находящемуся в постоянном

контакте с родителями, испытывающими колоссальный психоэмоциональный стресс на фоне страха смерти ребенка.

Далее мы рассмотрим два клинических случая, которые проиллюстрируют феномены поведения привязанности у родителей, находящихся с ребенком в условиях открытой реанимации и испытывающих выраженный страх потери ребенка. В первом случае речь идет о ребенке, которому присвоили паллиативный статус. То есть, шансов вылечиться у ребенка нет, речь идет об ожидании потери, которая должна случиться уже в ближайшее время. Во втором случае нет такой однозначности. Ребенок попал в реанимацию с серьезным ухудшением соматического состояния, и ситуация может разворачиваться как в положительную, так и отрицательную сторону.

Случай 1

Мальчик 5 лет, назовем его Максим, проходил лечение от острого миелобластного лейкоза в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева. После процедуры ТГСК (трансплантация костного мозга) у ребенка начались множественные осложнения инфекционного и другого характера, в связи с чем он попал в реанимацию с диагнозом ПОН (полиорганная недостаточность). В связи с инфекционным поражением легких он находился на ИВЛ (искусственная вентиляция легких) в состоянии медикаментозного сна. Врачи давали негативный прогноз по поводу его состояния. С ним в реанимации были попеременно мама и бабушка.

Запрос на консультацию психолога поступил от врача-реаниматолога. В заявке было обозначено, что у врача есть ощущение, что мама пациента не понимает, что вылечить ребенка скорее всего не получится, и ей нужно готовиться к его потере, о чём ей было неоднократно сказано. Однако, со слов врача, мама периодически подходила к врачу с просьбой рассмотреть еще один вид лечения.

На первой консультации с психологом мать ребенка, назовем ее Елена, говорит, что прекрасно понимает всю опасность ситуации, ей периодически приходят в голову мысли о смерти ребенка, которые она пытается от себя отгонять. Это даже не мысли, а как-будто картинки, которые вдруг всплывают в ее голове. На этих картинках она то стоит на кладбище во время похорон, то рассматривает, кто пришел на похороны. Также она жалуется на кошмарные сновидения, которые преследуют ее всё время пребывания сына в реанимации. Она испытывает

проблемы со сном и едой, много плачет, понимая, что ребенок может в любой момент умереть. Одновременно с этим высказывает надежды, что «всё у ребенка будет хорошо», думает, что надо поискать какое-то лекарство, которое могло бы помочь ее сыну. Говорит, что читает много разных медицинских статей и вычитала в одной из них, что при подобных осложнениях помогает одно лекарство. Она уже несколько раз подходила к врачу, говорила о необходимости использовать это лекарство и удивлялась тому, что он почему-то не торопится. Она предполагает, что доктор уже не надеется вылечить ее сына и поэтому «относится спустя рукава». Когда она так думает, то чувствует сильную злость на доктора. Также она злится, когда видит, что медсестры неаккуратно переворачивают ребенка во время гигиенических процедур или других манипуляций, могут не укрыть его одеялом. Ей кажется, что они уже смирились с тем, что он умрет, поэтому можно не стараться и не заботиться о нем. Сын — ее единственный объект привязанности, самый главный человек в ее жизни. Отец ребенка не живет с ними и не заинтересован в общении с сыном. Она говорит, что кроме ребенка у нее никого нет. Елена год назад потеряла своего отца, он внезапно умер от инсульта. Она чувствует свою вину в смерти отца, думает, что надо было лучше о нём заботиться, не давать ему перенапрягаться на работе. Со своей матерью у Елены холодные, напряженные отношения. Она не может поделиться с матерью своим страхом потерять сына, потому что мать сразу начинает плакать и говорить, что не выдержит такого горя.

На второй консультации Елена всё же решает рассказать одно из тех кошмарных сновидений, которые повторяются в разных вариантах в последнее время. Ей сложно рассказывать, потому что во сне речь идет о смерти сына, и она боится произносить это вслух, поскольку может таким образом накликать беду. Вот ее сон: «Я на кладбище. Вокруг много вырытых открытых могил и людей. Я держу ребенка в простыне, свешиваю его в могилу, но не опускаю туда — достаю обратно. Так я повторяю несколько раз. В другие могилы ложатся люди, родственники стоят вокруг и плачут. Потом эти люди встают из могил, а на их место ложатся следующие. Всё повторяется снова. Похоже на репетицию.»

Если мы будем рассматривать сон как отражение внутриспсихической реальности, то мы увидим, что в нём присутствуют одновременно признание и отрицание смерти и ее необратимости. Это попытка обрести контроль над неуправляемой ситуацией. Одна часть личности соглашается принять факт неминуемой смерти: «Я держу ребенка над могилой, но пока не готова его отпустить». Другая часть личности отрицает смерть,

делает ее обратимой: «Люди могут ложиться в могилы, потом встать, оставаться живыми». Такое же одновременное присутствие двух противоречивых планов Елена демонстрирует и в своем поведении. С одной стороны, она много плачет, не ест, у нее нарушен сон, что свидетельствует о понимании и переживании ею реальности, в которой она теряет ребенка. С другой стороны, она озабочена мыслью найти лекарство, которое поможет ее ребенку выздороветь, выражает уверенность в том, что всё будет хорошо. Всё это — иллюстрация поведения, направленного на сохранение отношений привязанности: поиск лекарства, поддержание в себе надежды на «чудо». При этом, все те, кто содействуют, с точки зрения Елены, приближению потери — доктор, который не хочет назначать лекарство, медсестры, небрежно обращающиеся, с ее точки зрения, с ребенком — вызывают у нее злость. Так же воспринимаются и настойчивые напоминания врача о реальном состоянии ребенка — как-будто врач не хочет его выздоровления и уже смирился с потерей своего пациента. В свою очередь, врач считает необходимым напоминать Елене, что ребенка вылечить невозможно, поскольку опасается, что она будет испытывать необоснованные надежды, а потом столкнется с еще большей болью. После того, как психолог обсудил эти психические феномены поведения привязанности с доктором, последний стал лучше понимать то, что ему казалось отрицанием реальности со стороны Елены, и стал более толерантно относиться к ее настойчивым просьбам рассмотреть различные лекарства. Это никак не повлияло на тактику лечения пациента, но позволило доктору меньше тревожиться и раздражаться, общаясь с Еленой.

В представленном случае врач выступает «голосом реальности», давая объективную информацию о состоянии здоровья ребенка, тогда как психолог имеет дело со всеми теми чувствами, которые вызывает у Елены эта реальность: боль, отчаяние, бессилие, протест, злость, надежда вопреки всему. Сон сделал доступным для обсуждения с психологом наличие у нее всех этих противоречивых чувств. Из жуткого и пугающего сновидение превратилось в зеркало, отражающее все ее внутренние переживания, осознать которые Елене помогал психолог. Это привело к тому, что кошмарных сновидений стало меньше, а потом они и вовсе прекратились.

Отсутствие у мамы ребенка других близких эмоциональных связей осложняет для нее выражение всех этих чувств, она остается с ними один на один, что может неблагоприятно сказываться на прохождении процесса горевания.

Случай 2

Девочка 13 лет, лечится в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева от острого лимфобластного лейкоза. После рецидива заболевания прошла процедуру ТГСК. Второй раз за время лечения находится в реанимации. В данный момент имеет инфекционные осложнения в легких, подключена к аппарату ИВЛ, находится в состоянии медикаментозного сна. Когда ребенок находился в реанимации первый раз, угроза для жизни отсутствовала (ребенок находился в реанимации планово после хирургической операции). В этот раз состояние девочки оценивается как жизнеугрожающее, врачи дают прогнозы с осторожностью, говорят, что организм ребенка уже истощен длительным и тяжелым лечением, поэтому сложно сказать, хватит ли у девочки сил справиться с осложнениями.

Психологическое сопровождение девочки и ее мамы началось за несколько месяцев до описываемого этапа лечения. К моменту перевода пациентки в реанимацию, у психолога уже сложился прочный, доверительный контакт как с мамой, так и с пациенткой.

Мама девочки, Татьяна, производит впечатление тихой, скромной, даже покорной женщины. Они с дочерью находятся в стационаре уже больше года, и за всё это время у Татьяны никогда не было конфликтов с медперсоналом, она проявляла доверие к докторам, соблюдала все необходимые требования по уходу за ребенком и лечению. В этот раз, находясь в реанимации, Татьяна осознаёт, что ребенок в тяжелом соматическом состоянии и может умереть. Она испытывает сильную тревогу, проявляет недоверие к докторам, пытается контролировать назначение медикаментов, испытывает злость на докторов, которые, как ей кажется, предпринимают недостаточно усилий для стабилизации состояния ребенка. Большую роль в этом недоверии играет то, что в отделении реанимации отменили тактику лечения, которая была проверена в другом отделении и дала положительные результаты, а новая тактика ставит, с точки зрения Татьяны, жизнь дочери под угрозу. Татьяна сама удивляется своим эмоциональным реакциям, отмечая, что в прошлый раз, вроде бы, доктора были те же, но она не злилась на них и доверяла. Психолог также отмечает для себя, что раньше не наблюдал у Татьяны настолько выраженных гневных реакций на докторов.

Врачи, в свою очередь, жалуются психологу на конфликтную маму, которая, как им кажется, обесценивает их усилия, контролирует их и не доверяет. Всё это приводило к тому, что врачи часто занимали в коммуникации с Татьяной оборонительную позицию, допуская как ответ-

ные обвинения, так и желание доказать, что ее сомнения в их профессионализме беспочвенны.

Таким образом, интенсивный страх потери объекта привязанности и восприятие врачей как источника угрозы привели к нарушению коммуникации между мамой пациентки и медицинским персоналом. Воздействие страха потери на восприятие Татьяны напоминало сюжет сказки «Снежная королева», когда Каю в глаз попал осколок льдинки, который заставил его видеть всё в искаженном виде. Так и этот страх за жизнь ребенка часто заставлял Татьяну видеть действия врачей как недостаточные, ошибочные или непродуманные. Это, в свою очередь, вызывало злость на них (вспомним здесь характеристики поведения привязанности, когда агрессию вызывают все, кто предпринимает действия к тому, чтобы разлучить с объектом привязанности). В данном случае психологу было необходимо выступить медиатором и своего рода «переводчиком» между мамой и врачами. Информирование врачей об инстинктивном поведении привязанности, которое активизировалось у мамы, дало им возможность не воспринимать на свой счет ее агрессивные реакции и выражение недоверия.

Разговор психолога с Татьяной о ее потребности «подсказать» докторам, как лечить ее ребенка, трансформировал эту ее потребность в желание быть уверенной, что доктора делают всё возможное для стабилизации состояния ребенка, а также что у них есть представление о том, как именно это сделать, поскольку временами маме казалось, что доктора сами растеряны и не очень понимают как справляться с тяжелыми инфекционными осложнениями у ребенка. Это, в свою очередь, помогло маме задать докторам все волнующие ее вопросы относительно дальнейшей тактики лечения. А врачам, в свою очередь, перейти от защитного поведения в коммуникации с Татьяной к готовности подробно рассказать о тактике лечения, воспринимая ее вопросы не как преследование и недоверие, а скорее как выражение интенсивного страха потери. Постепенно коммуникация Татьяны с врачами стала более конструктивной.

Несмотря на снижение напряжения в контакте с медицинским персоналом, у Татьяны возник новый виток усиления тревоги. Теперь она была обеспокоена тем, что несправедливо обидела докторов своими подозрениями и желанием контролировать, и что у них теперь сложится мнение о ней как о неблагодарной. Возник страх, что доктора откажутся лечить ребенка и найдут предлог, чтобы выписать его из Центра. Теперь уже она, а не врачи, стала в своих собственных глазах источником угрозы потерять ребенка, и ее злость в виде чувства вины была направлена на саму себя.

Психодинамическая реконструкция истории детско-родительских отношений самой Татьяны, в которых она часто чувствовала себя бесправной, не имеющей возможности выразить родителям свои потребности, должной прилагать много усилий, чтобы не доставлять им никакого беспокойства, помогла увидеть их взаимосвязь с текущим чувством вины. Сейчас, когда тревога за жизнь ребенка была настолько сильной, что не давала Татьяне возможности оставлять свои чувства при себе, а вынуждала окружающих обращать на них внимание и учитывать их, Татьяна испугалась, что станет обузой для тех, кто являлся родительскими фигурами в настоящем — для врачей. Психологическая проработка детских отношений Татьяны с родителями позволила ей вспомнить ситуацию, когда она отважилась выразить им свое недовольство и ждала сурового наказания, но его не последовало — родители отнеслись спокойно и даже с юмором к ее вспышке гнева. Это позволило ей предположить, что она недооценивает способность окружающих выдерживать ее агрессивные чувства, а также учитывать ее потребности, что также способствовало снижению уровня тревоги Татьяны.

Выводы

На примере двух клинических случаев рассмотрена проблема конфликта между инстинктивными реакциями родителей и рациональной позицией медицинского персонала. Были выявлены общие особенности психоэмоционального состояния родителей, доминирующие эмоции тревоги, агрессии и депрессивного аффекта, а также наиболее характерная поведенческая черта — сохранение надежды на выживание ребенка независимо от медицинского прогноза. Реакция медицинского персонала, выражающаяся в усиленных попытках донести до родителей объективную информацию о состоянии ребенка, приводит к усилению гнева у родителей и дистанцированию родителей от медицинской команды. Интеграция теории привязанности в коммуникативные стратегии позволяет интерпретировать отрицание как инстинктивное проявление механизма привязанности, направленного на сохранение связи с объектом, и не требует «корректировки» через информирование. Смещение фокуса с «борьбы с отрицанием» на поддержку эмоциональных потребностей родителей оказывается важным аспектом решения поставленной проблемы. Исследование показывает, что ключевым фактором в коммуникации с родителями тяжелобольных детей является понимание

их поведения через призму привязанности. Использование теории привязанности Дж. Боулби в психологическом сопровождении родителей помогает идентифицировать феномены, возникающие в психоэмоциональном, поведенческом и коммуникативном планах. Это позволяет оптимизировать коммуникацию родителей с медицинским персоналом, снизить конфликтность, уменьшить гнев и создать доверительную среду, что критически важно как для семьи, так и для эффективности медицинского вмешательства.

Литература

1. *Боулби Дж.* Привязанность. М.: Гардарики, 2003. 477 с.
2. *Боулби Дж.* Создание и разрушение эмоциональных связей / Пер. с англ. 2-е изд. М.: Академический Проект, 2004. 232 с.
3. *Бриш. К.Х.* Терапия нарушений привязанности. От теории к практике / Пер с нем. М: Когито-Центр, 2012. 316 с.
4. *Бурменская Г.В.* Проблемы онто- и филогенеза привязанности к матери в теории Джона Боулби [Электронный ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа. 2003. №1. URL: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2762> (дата обращения: 01.12.2024)
5. *Винникот Д.В.* Маленькие дети и их матери. М.: Класс, 1998. 80 с.
6. *Винникот Д.В.* Ребенок, семья и внешний мир. СПб.: Питер, 2019. 272 с.
7. *Волкан В., Зингл Э.* Жизнь после утраты. Психология горевания. М.: Когито-Центр, 2007. 160 с.
8. *Кюблер-Росс Э.* О Смерти и умирании. М.: София, 2001. 316 с.
9. *Линдемманн Э.* Клиника острого горя // Психология мотивации и эмоций / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и М.В. Фаликман. М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. С. 591—599.
10. *Старовойтов В.В.* Проблема эмоциональной привязанности: психоаналитический взгляд. [Электронный ресурс] //Журнал практической психологии и психоанализа. 2002. №2. URL: <https://psyjournal.ru/articles/problema-emocionalnoy-privyazannosti-psihoanaliticheskiy-vzglyad> (дата обращения: 01.12.2024)
11. *Эйнсворт М.* Привязанности за порогом младенчества /Детство идеальное и настоящее / Под ред. Е. Р. Слободской. Новосибирск, 1994. 136 с.
12. *Эйнсворт М., Боулби Дж.* Психология привязанности. Тексты. Ижевск: НИПЦ «ERGO», 2005. 362 с.
13. *Bowlby J.* Attachment. Volume One of the Attachment and Loss Trilogy. Pimlico, 1997. 426 p.
14. *Bowlby J.* Self-Reliance & Some Conditions That Promote It. In R. Gosling (Ed.), Support, Innovation & Autonomy. London: Tavistock Publications, 1973. P. 23—48.
15. *Worden J.* William Grief counseling and grief therapy. Third edition. N.Y., 2003. 232 p.

References

1. Boulbi Dzh. Privjazannost' [Attachment]. Moscow: Gardariki, 2003. 477 p. (In Russ.).
2. Boulbi Dzh. Sozdanie i razrushenie jemocional'nyh svjazej [The Making & Breaking of Affectional Bonds]. 2-e izd. Moscow: Akademicheskij Proekt, 2004. 232 p. (In Russ.).
3. Brish K.H. Terapija narushenij privjazannosti. Ot teorii k praktike [Attachment Disorders Therapy. From Theory to Practice]. Moscow: Kogito-Centr, 2012. 316 p. (In Russ.).
4. Burmenskaja G.V. Problemy onto- i filogeneza privjazannosti k materi v teorii Dzhona Boulbi. [Elektronnyi resurs] [Problems of Onto- and Phylogenesis of Attachment to Mother in the Theory of John Bowlby]. *Zhurnal prakticheskoy psihologii i psihoanaliza* = *Journal of practical psychology and psychoanalysis*, 2003, no. 1. Available at: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2762> (accessed 01.12.2024). (In Russ.).
5. Vinnikott D.V. Malen'kie deti i ih materi [Babies and Their Mothers]. Moscow: Klass, 1999. 80 p.
6. Vinnikott D.V. Rebenok, sem'ja i vneshnij mir [The Child, the Family and the Outside World]. Saint-Petersburg: Piter, 2019. 272 p.
7. Volkan V., Zintl Je. Zhizn' posle utraty. Psihologija gorevanija [Life After Loss: The Lessons of Grief]. Moscow: Kogito-Centr, 2007. 160 p.
8. Kjubler-Ross Je. O Smerti i umiranii [On Death and Dying]. Sofija, 2001. 316 p.
9. Lindemann Je. Klinika ostrogo gorja [Symptomatology and Management of Acute Grief]. In Gippenrejtser Ju. B., Falikman M.V. (eds.) Psihologija motivacii i jemocij [Psychology of Motivation and Emotions]. Moscow: \Moskovskij psihologo-social'nyj institut, 2006, pp. 591—599.
10. Starovojtov V.V. Problema jemocional'noj privjazannosti: psihoanaliticheskij vzglyad. [Elektronnyi resurs]. *Zhurnal prakticheskoy psihologii i psihoanaliza* = *Journal of practical psychology and psychoanalysis*, 2002, no. 2. Available at: <https://psyjournal.ru/articles/problema-emocionalnoy-privjazannosti-psihoanaliticheskij-vzglyad> (accessed 01.12.2024). (In Russ.).
11. Jejnsvort M. Privjazannosti za porogom mladenchestva [Attachments beyond infancy]. In Slobodskaya E.R. (ed.) Detstvo ideal'noe i nastojashhee [childhood ideal and real]. Novosibirsk: 1994. 136 p.
12. Jejnsvort M., Boulbi Dzh. Psihologija privjazannosti. Teksty [Psychology of Attachment. Articles]. Izhevsk: NIPC «ERGO», 2005. 362 p.
13. Bowlby J. Attachment. Vol. 1 of the Attachment and Loss Trilogy, Pimlico, 1997, 426 p.
14. Bowlby, J. Self-Reliance & Some Conditions That Promote It. In R. Gosling (Ed.), Support, Innovation & Autonomy. London: Tavistock Publications, 1973. pp. 23—48
15. Worden J. William Grief counseling and grief therapy. Third edition. N.Y., 2003. 232 p.

Шуткова Е.С. (2025)

Применение теории привязанности
в психологическом консультировании родителей...
Консультативная психология и психотерапия,
2025. 33(1), 127—141.

Shutkova E.S. (2025)

Application of the Attachment Theory
in Psychological Consulting of Parents Whose...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
2025. 33(1), 127—141.

Информация об авторах

Шуткова Екатерина Сергеевна, медицинский психолог, младший научный сотрудник отдела клинической психологии, Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3517-6412>, e-mail: eshutkova@gmail.com

Information about the authors

Ekaterina S. Shutkova, Clinical Psychologist, Junior Research Fellow of Clinical Psychology Department Dmitry Rogachev National Medical Research Center Of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3517-6412>, e-mail: eshutkova@gmail.com

Получена 18.01.2025

Принята в печать 17.02.2025

Received 18.01.2025

Accepted 17.02.2025