

Привязанность и депрессивная психопатология у взрослых

Перевод с немецкого выполнен Инфо-центром психотерапевтических исследований (Москва).

Переводчики: Е.Беларева, Н.Кортунова.

В своей трилогии Джон Боулби (1969; 1973; 1980) предложил нам имплицативную модель развития психопатологии. Автор исходит из предположения о том, что ребенок испытывает филогенетически обусловленную привязанность к важной для него фигуре и формирует на основе реакций данной фигуры на его сигналы внутреннее представление о привязанности. Этот основополагающий принцип играет важную роль в специфической, онтогенетической интроекции социальных взаимодействий и событий, которые на более позднем этапе жизни влияют на значимые для привязанности чувства и когниции. Утрата, жестокое обращение, насилие - все эти события ведут к принудительному изменению, искажению либо расщеплению подобной интернализации и вызывают тем самым образование соответствующих приспособительных функций, разработку стратегий выживания, которые можно отнести к характеристикам психопатологического процесса неадаптивного типа.

Для того чтобы заложить основу для понимания процессов формирования психопатологии с точки зрения теории привязанности, в начале данной работы будут кратко представлены основные идеи и концепции Боулби. Взаимодействие между процессами развития привязанности и регуляции аффектов представляется при этом немаловажным для понимания факторов защиты или риска. Затем будут рассмотрены соответствующие научные работы, затрагивающие проблему представления о привязанности и психопатологии у взрослых. Основной акцент здесь будет сделан на посвященной данной теме монографии Дозье и его коллег (Dozier et al 1999). Следуя примеру Дозье и его коллег, представляется уместным упомянуть исключительно те работы, сведения для которых были отобраны с помощью специального Полуструктурированного интервью взрослых о привязанности - *Adult Attachment Interview (AAI)* Джорджа и группы коллег (1985) и относящейся к нему системы категорий Мейн и Голдуина (1985). Другие методы анализа привязанности сходятся с *AAI* в основных выводах, приводя, однако, ввиду разнообразных операциональных диагностик к частичному несоответствию результатов, что в значительной степени осложняет сопоставление научных работ.

Теория привязанности как интегративная модель эмоционального развития

В результате существенных расхождений со школой психоанализа Боулби (1969; 1975) сконцентрировался на основополагающей, на его взгляд, идее о влиянии раннего опыта отношений на последующее индивидуальное развитие человека. Он истолковал предположение о первостепенном значении материнского присутствия по-новому, путем привлечения этологических и системно-теоретических концепций, и подчеркнул необходимость проведения широких научных исследований для проверки своей гипотезы. Основным интересом для Боулби представляли реакции детей на разлуку с матерью либо близкой фигурой привязанности, а также последствия подобной разлуки. Впервые ученый официально сформулировал идеи своей теории в 1958 году в Лондонском психоаналитическом обществе, озаглавив доклад "Природа детской привязанности к матери". Движимый задачами, поставленными перед ним Всемирной организацией здравоохранения, на первоначальной стадии работы Боулби сконцентрировал основное внимание на нарушениях в развитии ребенка, вызванных отсутствием материнского внимания. Опираясь на результаты сравнительных биологических исследований поведения Харлоу (*Harlow & Harlow 1969; Harlow & Suomi 1970*) и научные труды Рене Шпица,

посвященные депривации (1945, 1946), а также на собственный опыт наблюдения за поведением детей, Боулби приводит в своих работах подробное описание развития отношений привязанности и возможные нарушения в их течении. Результаты исследований ученого послужили основой для разработки более точного подхода к опеке детей, находящихся в приютах и больницах 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 (1985) подчеркивает уникальный характер подобной привязанности к близким индивиду лицам. Согласно утверждению Боулби, с самого раннего возраста в ситуациях повышенной нагрузки, разлуки и опасности активизируется так называемая “система отношений привязанности”, которая позволяет сохранить близость к фигуре привязанности, а в случае дистанции как можно скорее ее преодолеть. Как правило, родители интуитивно реагируют на потребность ребенка в близости, проявляя чуткость и заботу. Переживание чувств близости, доверия и предсказуемости дает ребенку возможность свободно исследовать окружающий его мир. При этом в случае идеального стечения обстоятельств формы поведения в рамках отношений привязанности и в процессе исследования будут друг друга уравновешивать (Grossmann & Grossmann 1994).

К середине первого года жизни ребенок развивает способность испытывать тоску по своему объекту привязанности и искать его даже в том случае, когда его нет рядом. В процессе ежедневных взаимоотношений с проявляющей о нем заботу личностью младенец формирует внутреннюю модель привязанности. Термин “внутренняя рабочая модель” (*inner working model*) Боулби заимствовал у представителя школы когнитивной психологии Крайка (1943). Позднее исследовательница привязанности Брезертон (1985; 1987; 1999) вновь ввела в обиход понятие этой “репрезентирующей” концепции, иными словами, идею о том, что функция внутренних рабочих моделей как активно сформированных внутренних схем социального поведения состоит в том, чтобы производить мысленные симуляции: «Более адекватные «внутренние рабочие модели» могут симулировать релевантные аспекты мира, повышать эффективность потенциального планирования и способности организма к ответным реакциям» (Bretherton 1987, s. 1090).

Рабочие модели не воспроизводят точного подобия реальности с целью оказаться полезными, они, скорее, должны находиться в гармонии с реальностью, чтобы обеспечить успешную адаптацию. С точки зрения теории привязанности понятие внутренней рабочей модели (Bowlby 1969; 1980) представляет собой, по аналогии с теориями когнитивной модели и модели схем, основу для толкования и описания влияния первичных **значимых для привязанности организованных паттернов** на дальнейшее развитие и текущее поведение индивида. Внутренние рабочие модели видятся как организованные структуры, влияющие на внимание, память, действия, а позднее речь (Main et al. 1985; Main 1991; Bretherton 1999) и возникающие на почве интерактивного опыта взаимодействия с фигурами привязанности. В процессе постоянного взаимодействия формируются все более устойчивые паттерны, которые начинают действовать автоматически и проявляются, таким образом, последовательно через сферу бессознательного. В зависимости от качества и степени реакции, которую первичная фигура привязанности демонстрирует в ответ на проявление привязанности со стороны ребенка, 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 таким образом операционализируются более эффективно» (Cassidy 1999, s.7). Таким образом, внутренние рабочие модели управляют как восприятием и интерпретацией различных ситуаций, так и их антиципацией.

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

“В процессе развития диадический опыт организуется в качестве плана с четко поставленной целью (сфокусированного на цели) и проектируется в виде рабочих моделей окружающего мира, фигуры привязанности и собственной личности, то есть в виде внутренних “когнитивных карт данной области”. (...) В зависимости от фактического 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 образованные, рабочие модели продолжают свое существование преимущественно вне области осознанных эмоций и тяготеют, несмотря на возможные коррективы, к весьма явственной 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 **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. Ненадежная рабочая модель не предполагает адекватной оценки реальности и приводит к ограничению в переживаниях и интеграции различных эмоций; при этом осложняются также реальные действия и коммуникация (*Grossmann et al. 1989; Grossmann & Grossmann 1991*). Таким образом, в зависимости от качества привязанности возникают различные способности, эмоции и переживания, требующие регуляции.

Единичные и множественные рабочие модели: исключение значимой для привязанности информации

Поскольку изображение отношений пациентов со своими родителями нередко оказывалось противоречивым, Боулби (1980), исходя из клинических наблюдений, сформулировал понятие “множественных рабочих моделей”. С одной стороны, родители преподносились в позитивном свете, с другой, - приписываемое им же поведение в определенных эпизодах выбивалось из общей картины отношений. Таким образом, в ситуации, когда индивид испытывает противоречивый опыт отношений, может возникнуть несколько рабочих моделей одного и того же человека или собственной личности. Боулби (1980) определяет такую закономерность как процесс самосохранения. Ученый пытается объяснить подобную несовместимость систем сохранения информации, ссылаясь на выделенные Тюльвингом (1972) различия между семантической и эпизодической памятью, составляющие которой не всегда совпадают. Исключение определенного рода информации ведет, согласно Боулби, опирающегося на психоаналитическую теорию защиты, к патогенным последствиям такого исключения. Негативные эмоции, участвующие в возникновении внутренних и внешних конфликтов, вытесняются из сферы сознания. Джордж и Вест (1999) таким образом характеризуют этот процесс:

“Попытка исключить информацию представляет собой реакцию на угрозу. Носящее защитный характер вычеркивание помогает отфильтровать и модифицировать аффективно окрашенную информацию, касающуюся отношений привязанности, которая в случае полноценного сохранения привела бы к возникновению страхов, душевных страданий и травм”. (George & West 1999).

В отношении терапии Боулби придерживается мнения, что семантическую память можно скорректировать путем работы с памятью эпизодической:

“Зачастую оказывается весьма полезным поощрять описание пациентом фактических событий затем, чтобы он смог по-новому и со всей полнотой соответствующих чувств оценить как свои собственные желания, эмоции и поступки при определенном стечении обстоятельств, 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 привести пациента к осознанию и переработке первичных противоречивых моделей, а затем и к смене их пересмотренными и надежными рабочими моделями.

Поскольку один из последующих разделов будет целиком посвящен работам о выявленной с помощью полу структурированного интервью (AAI) Джорджа и его коллег (1985) связи между психопатологией и представлением о привязанности, видится уместным кратко изложить сущность данного интервью.

Интервью о привязанности для взрослых (AAI): дискурсивный анализ процессов защиты

В рамках трансгенерационных исследований из интереса ученых к возможности проследить передачу родительского опыта отношений следующему поколению сформировались принципы изучения привязанности у взрослых. Основой научной деятельности стала разработка Полуструктурированного интервью взрослых о привязанности (AAI) Мейн и Голдуин (1985-1996), которое до сих пор считается стандартной методикой в этой области и отличается высокой прогностической валидностью. Так, например, в рамках многочисленных лонгитюдных исследований выделенные с помощью полуструктурированного интервью (AAI) представления о привязанности беременных женщин позволили на 75% спрогнозировать развитие отношений привязанности у их детей (например, Fonagy et al. 1991).

Полуструктурированное интервью (AAI) позволяет определить **актуальную стратегию переработки** (когерентный или бессвязный дискурс) прошлого и текущего опыта привязанности на основе методики аналитической оценки дискурса. Так называемое представление о привязанности оценивается с помощью восемнадцати полуструктурированных вопросов, касающихся переживания и воздействия опыта привязанности и предполагающих разделение результатов на четыре группы:

- **Надежные/автономные** ($F = free\ to\ evaluate$) взрослые выявляют свободный доступ к значимым для привязанности эмоциям и отличаются открытым и когерентным повествованием.
- **Ненадежных/избегающих** ($Ds = dismissing$) взрослых отличает отсутствие свободного эмоционального доступа к релевантным для привязанности чувствам. Они характеризуются минимализацией либо деактивацией потребностей 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).

Клиническая эффективность данной методики обусловлена точной кодировкой речевой когерентности либо несущих защитную функцию неточностей (бессвязности), использованием клинически релевантных шкал для описания данных признаков (идеализации, агрессии, обесценивания, метакогниции), а также четким разделением на клинические и неклинические группы (*van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg 1996; Dozier et al. 1999*). Клинические группы значительно чаще попадали под одну из ненадежных классификаций. К тому же на фоне остальных заболеваний категория испытуемых с признаками “непереработанного статуса привязанности” (U), возникшими вследствие насилия или утраты близкого человека, была представлена непропорционально высокими показателями. Специально для таких пациентов (например, пациентов с пограничными расстройствами психики, антисоциальными нарушениями личности) была разработана дополнительная категория $E3$ (“запутавшиеся и подавленные пережитым травматическим опытом”; *preoccupied/overwhelmed by trauma*). Категория “*Cannot Classify*” (CC) будет превалировать в основном у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами (*Hesse 1999*).

Взаимосвязь привязанности и процесса регуляции эмоций у взрослых.

Согласно Боулби (1980), в зависимости от качества первичной привязанности к близким людям индивид обретает способность к вынесению объективных либо ограниченных вариантов ситуативной оценки поведения, а также учится функциональным либо дисфункциональным способам выражения и регуляции собственных эмоций.

Надежное представление о привязанности выражается также в усилении гибкости Я, что ведет к объективной и соответствующей сложившейся ситуации регуловке эмоций, импульсов и поступков. Напротив, личности, характеризующиеся ненадежным представлением о привязанности, проявляют меньшую гибкость Я, демонстрируя реакции блокировки и избегания, которые степенью своей интенсивности не соответствуют сложившейся ситуации: например, возникновение неадекватной тревожности или враждебности (*Zimmermann 1999*).

Мейн (1991) называет подобную способность человека объективно воспринимать себя в контексте окружающей реальности, проявляя при этом свободный доступ к собственным эмоциям, метакогнитивным мониторингом (“*metacognitive-monitoring*”). Это означает, 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 наименьшей психологической нагрузкой.

Дозье и Кобак (1992) нашли в результате своего исследования взаимосвязь между вербальным подавлением в процессе тестирования с помощью *AAI* значимых для привязанности мыслей, эмоций и воспоминаний и физиологическими симптомами конфликта либо торможения. У испытуемых, которые демонстрировали деактивирующие стратегии в преподнесении вербального материала, то есть пытавшихся отвлечь собственное внимание от тем привязанности, много раз во время тестирования заметно поднимался уровень электропроводимости кожных покровов. Подобный подъем физиологических показателей ученые интерпретируют как признак торможения поведения в форме **подавления негативных эмоций**. Это указывает на связь стратегий защиты с проявляющимися в процессе тестирования с помощью *AAI* особенностями поведения - физиологическим или эмоциональным напряжением.

В одной из работ, посвященных стилю привязанности (*Hazan & Shaver 1987*) и Я-концепции, авторы, опираясь на теорию представлений о привязанности Мейн и Голдуин, утверждают, что личности с надежным стилем привязанности могут интегрировать позитивные и негативные эмоции и относиться к себе, таким образом, как критически, так и положительно. В силу своей деактивирующей стратегии индивиды с избегающим стилем привязанности оценивают свою Я-концепцию в высшей степени позитивно, несмотря на то, что данный тип привязанности предполагает все же пониженную способность к самокритике. Напротив, личности, склонные к амбивалентному стилю привязанности, отличались усилением негативного отношения к собственному Я. Дальнейшие исследования этой контрольной группы демонстрируют, что амбивалентные личности характеризуются более высоким доступом к негативным и тревожным воспоминаниям, чем избегающие испытуемые. Надежные личности вспоминают с одинаковой отчетливостью как тревожные, так и радостные события (*Miculincer & Orbach 1995*).

В актуальном обзоре «Привязанности и регуляции аффектов» (*Fuendeling 1998*) также обсуждался консистентный вывод о том, что «надежные» испытуемые проявляют сдержанное внимание к аффективным темам, в то время как «амбивалентные» предельно внимательны к эмоциональным стимулам, особенно к негативным аффектам. «Избегающие» личности выстраивают защитные стратегии как по отношению к позитивным, так и к негативным аффектам. Эти данные подтверждаются компьютерным анализом текстов полуструктурированного интервью, проведенным Буххайм и Мергенталером (2000).

Магей (1999) в своей работе о «Аффекте, представлении и привязанности» следующим образом резюмировала уровень состояния исследования: «Суммируя, исследование привязанности помогает идентифицировать отчетливые паттерны аффективной заторможенности и повышенной. Избегающие индивиды могут быть характеризованы заторможенностью обоих положительного и негативного аффекта, тогда как амбивалентные индивиды демонстрируют паттерн повышенной аффективной экспрессии».

Нарушение стратегий привязанности: предпосылка для развития психопатологии

Исследования, проведенные с участием детей и взрослых, ассоциируют нарушение организованных стратегий в значимых для привязанности ситуациях, которое теория

привязанности определяет как дезорганизацию, с повышенной вероятностью развития психопатологии (Lyons-Ruth & Jacobvitz 1999).

Трансгенерационные исследования доказали взаимосвязь между установленной с помощью *AAI* непереработанной травмой или утратой у родителей и дезорганизованным поведением их детей в “незнакомой ситуации” (van Ijzendoorn et al. 1999). Формы дезорганизации в “незнакомой ситуации” были зафиксированы у детей годовалого возраста и представляли собой отдельный с точки зрения классификации (Main & Solomon 1986) тип поведения, включавший в себя, например, стереотипные движения в поисках близости, фазы жесткости, так называемой “замороженности” (“Freezing”) и выражение страха по отношению к своим родителям. В ситуации разлуки дети не способны ни установить близости к фигуре привязанности, ни отвлечься, демонстрируя, таким образом, отсутствие стратегий разрешения (более подробно см. Кэхеле, Буххайм, Шмукер 2002).

Мейн и Хессе (1990) выдвинули в связи с этим гипотезу о том, что в подобных диадах поведение ребенка актуализирует у родителей собственный тревожный и болезненный опыт прошлых травматических переживаний, остающийся, однако, неосознанным. Такие родители могут вызвать у ребенка чувство беспокойства, поскольку в процессе взаимодействия с ним они не проявляют когерентных стратегий и сами выглядят дезориентированными - например, мать, не скрывающая выражения тревоги, когда ребенок бежит ей навстречу после смоделированного эпизода разлуки в “незнакомой ситуации”. В этом случае ребенок осознает нарушение своей стратегии привязанности, так как его мать не представляет для него в данный момент “надежного пристанища”, что влечет за собой возникновение “пугающе-испуганной коллизии” (“Frightening-frightened-Kollusion”), не предполагающей в результате чувства безопасности (George & West 1999).

В то время как число дезорганизованных детей в стандартной выборке среднего класса составляет приблизительно 15%, в среде с низким социальным и экономическим уровнем число таких детей достигает 25% и 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 контролируемыми и агрессивными формами поведения.

Клинические исследования, проведенные с помощью полуструктурированного интервью, постановили, что в биографии взрослых, которые были отнесены к категории “U” (непереработанная травма), прослеживается недостаточно проработанный травматический опыт. Аналогично дезорганизованному поведению детей в “незнакомой ситуации” испытуемые взрослые, говоря в процессе исследования с помощью *AAI* 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 Боулби (1980) сформулировал понятие “выделенных систем” (“segregated systems”), ставшее не так давно вновь актуальным благодаря работам Джорджа и Веста, нашедших его важным для понимания психопатологии:

“Чтобы понять, какое отношение имеет привязанность к риску возникновения психических нарушений, необходимо исследовать обусловленные привязанностью модели защиты и модели так называемых “выделенных ситуаций”, изображающих внутренние процессы, которые определяют дезорганизацию”. (George & West 1999).

Также Боулби был убежден в том, что нарушение системы привязанности является фактором риска для физического гомеостаза. В случае значительной угрозы системе привязанности (например, вследствие угроз, разлучения, плохого обращения, изоляции, насилия) “исключение информации” (“defensive exclusion”), которое является решающим для организации «неуверенной» привязанности, вызывает так называемое выделение информации из памяти -

таким способом информация становится “заблокированной” для сознания. В ситуации выделения значимой для привязанности информации Боулби исходит из того, что в этом случае система привязанности практически деактивирована.

В итоге 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 складывается из повторяющегося опыта дисрегуляции и нарушения защитных формаций” (*George & West 1999*)

Исследования в области представлений о привязанности и психопатологии у взрослых

Теория привязанности используется в основном в качестве конструктивной модели для того, чтобы связать биологические данные с психологическими положениями. Выше уже упоминались физиологические корреляты привязанности. Так, теория привязанности будет играть немаловажную роль в понимании **психосоматических реакций**. Эти данные согласуются с концепцией работ, посвященных взаимосвязи психопатологии и представлений о привязанности, например, с предположением о том, что заболевание активирует систему привязанности, которая вследствие этого влияет на **разрешение болезни**.

Дозье и группа его коллег (1999) собрали в “Руководстве по привязанности” (*Cassidy & Shaver 1999*) выделенные с помощью полуструктурированного интервью данные разных источников о распределении представлений о привязанности в группах с различными нарушениями. Они делают различие между «классификацией 3-х направлений» (“*three-way classifications*”), основанной на трех типологиях привязанности “надежную” (F=free to evaluate), “ненадежно-избегающую” (Ds=dismissing) и “ненадежно-озабоченную” (E=enmeshed/preoccupied) и “классификацией 4-х направлений” (“*four-way classificatios*”), рассматривающую как организованные стратегии, так и дезорганизованный статус привязанности (U=unresolved trauma/loss).

Привязанность и депрессия

Депрессивные расстройства можно отнести к наиболее распространенным психическим заболеваниям среди населения. В ходе применения современных операциональных диагностик установлено, что депрессивные изменения психики наблюдаются у 5-10% людей. Наряду с генетически обусловленной уязвимостью психики основной причиной в этиологии заболевания психиатрия видит психосоциальные предпосылки, такие как, например, сложности во взаимоотношениях между партнерами. В своей работе “Утрата - печаль и депрессия” 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. Боулби (1988) пишет в предисловии к своему последнему исследованию “Надежная основа” (“*Secure base*”):

“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”. (*Bowlby 1988*)

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, родители которого его игнорируют, не проявляют участия, угрожают бросить, формирует образ себя как личности, не достойной любви и внимания (*Bowlby 1979*). В экстремальных случаях недостаточно развитая самооценка может спровоцировать состояние беспомощности, играющее не последнюю роль в формировании депрессии. 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. Освоение феномена беспомощности происходит 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; именно она рассматривается многими исследователями в качестве одного из факторов риска при возникновении возможных психопатологических расстройств, таких как, например, депрессия (*Bowlby 1988*). Лонгитюдные исследования доказали, 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, их родители выступают менее отзывчивыми и дружелюбными, чем родители в рассказах здоровых людей (*Fonagy et al. 1996*).

По проблеме аффективных расстройств существуют исследования, проведенные с помощью полуструктурированного интервью и посвященные монополярной депрессии (*Cole-Detke & 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 соответственно с точки зрения симптоматиологии, течения и генетической предрасположенности. В зависимости от изменений в пределах этой клинической группы находятся и результаты полученные с помощью AAI - у пациентов с такими расстройствами они

гетерогенны. Некоторые исследователи приходят к выводу, что пациенты с депрессивной симптоматикой более предрасположены к ненадежно-озабоченному представлению о привязанности (Cole-Detke & Kobak 1996), другие относят большинство из них к ненадежно-избегающей категории (Patrick et al. 1994 Tyrell & Dozier 1997). Дозье и группа его коллег (1999) объясняют такие неоднозначные результаты образованием внутри депрессивной группы пациентов различных стратегий переработки (интернализующей и экстернализирующей).

Немаловажно также различие депрессивных расстройств по степени автономности либо зависимости, что было обосновано многими учеными теоретически (Arieti & Bemporad 1980; Beck, 1983; Emery & Lesher 1982), и, например, Пилконисом (1988) эмпирически. Один из таких подходов представлен С. Блаттом. Соотнося свои исследования с изучением привязанности у детей и взрослых, Блатт обобщенно говорит об анаклитической (зависимой) или интроективной (самокритичной) конфигурации психопатологии и о соответствующем каждому из этих типов уровню объектных репрезентаций (Blatt et al. 1982).

И при анаклитической, и при интроективной депрессии имеется нарушение процессов интернализации и развития объектных репрезентаций (Blatt 1974). При анаклитической депрессии репрезентации объектов основаны на последовательности действий, поэтому имеется необходимость в поддержании прямого физического, сенсорного, удовлетворяющего потребности контакта. При интроективной депрессии способность к репрезентации объекта несколько выше, но концепция объекта все еще находится на перцептивном или иконическом уровне. Репрезентации фрагментированы, конкретны и противоречивы. Они ограничены по объему, буквальны, и содержат интенсивные амбивалентные черты: враждебные и агрессивные наряду со сверх-идеализированными и идиллическими. Но несколько более высокий уровень репрезентации объекта при интроективной психопатологии дает возможность воздерживаться от прямого физического контакта с объектом. Кроме того, присутствие чувства вины указывает на некоторую рефлексивную способность и понимание причинности (Blatt 1974).

Особенности репрезентации объекта, наблюдающиеся при анаклитической депрессии, соответствуют «ненадежно-амбивалентному» опыту ранней привязанности, тогда как объектные репрезентации при интроективной психопатологии сопоставимы «ненадежно-избегающим» паттерном ранней привязанности. Согласно теории С.Блатта, высший уровень объектной репрезентации соответствуют «надежно-автономному» паттерну репрезентации привязанности (Дороднов 2003).

Возможно, во избежание коморбидности при разделении различных депрессивных расстройств по степени автономности/зависимости важны и определенные критерии исключения в выборке. Розенштайн и Горовиц (1996) исключили из выборки подростков депрессивных пациентов с коморбидными, экстернализирующими симптомами, такими как эксцентричность поведения (“conduct disorders”) и антисоциальная направленность, для того чтобы получить “чистую” группу с монополярными аффективными расстройствами. Изначально коморбидная группа ассоциировалась с непропорционально высоким показателем ненадежно-избегающего стиля привязанности. Однако после процедуры исключения в группе аффективных расстройств процент ненадежно-озабоченной категории (Е) оказался преобладающим. Наоборот, для того чтобы избежать противоречий Патрик et al. (1994) исключали в группе исследуемых пациенток, страдавших дистимией, коморбидность с пограничными расстройствами личности (интернализующими стратегиями). Возможно, этим и объясняется повышенный процент ненадежно-избегающего типа привязанности (Ds) в этой группе.

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

Как уже было указано во вступлении к данному обзору заболеваний, 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 Фонаги и его коллеги (1996) относят к категории *U* 72% депрессивных пациентов, Розенштайн и Горовиц (1996) выделяют всего 18%, а Патрик и его коллеги (1994) - лишь 16 %. В отношении исследования Патрика необходимо отметить, что здесь были исключены пациентки, пережившие опыт утраты в возрасте до шестнадцати лет, что говорит в пользу низких показателей *U*-категории.

Интересным представляется также присутствие в этом исследовании данных о пациентах с депрессивной симптоматикой, которые были отнесены в соответствии с результатами *AAI* к надежно-автономной категории (*F*). Фонаги и его коллеги (1996) продемонстрировали, что пациенты, страдающие общей депрессией (“*Major Depression*”), выявляют по сравнению “ненадежно-избегающей” категорией большие показатели *F*-группы. 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 Тирелла и Дозье (1997), которое посвящено изучению монополярной депрессии (*MDD*), пять из шести пациентов оцениваются как надежно-автономные. Фонаги и его коллеги (1996) связывают такие показатели с эпизодической природой общей депрессии, течение которой предполагает наличие бессимптомных фаз, а также с преобладанием в характере заболевания наследственных факторов, которые в меньшей степени интерферируют с опытом привязанности, чем хроническая, обусловленная, скорее, конфликтами дистимия. 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 и невнимательного к ним отношения, что полностью не застраховало их от развития заболевания, хотя отчасти и уменьшило шансы ему подвергнуться, «эти результаты полагают, что сложный жизненный опыт может предрасполагать индивида к развитию депрессии, несмотря на то, что автономность мышления уже развита» (Dozie et al. 1999, s. 503)

Д.А. Дороднов провел пилотное исследование привязанности у русских пациентов страдающих психотическими заболеваниями с помощью взрослого интервью о привязанности (*AAI*) (Дороднов 2003). Данные относительно специфики привязанности у больных психозами практически отсутствуют. Мы ожидали нарастание «избегающего» паттерна от аффективного психоза до шизофрении. Данная гипотеза подтвердилась на «интервале» аффективные - шизоаффективные нарушения. Аффективные психозы имеют «озабоченный» тип привязанности (*E=preoccupied*). Шизоаффективные нарушения - «избегающий» тип привязанности (*Ds=dismissing*), у большинства из них была выявлена интроективная конфигурация психопатологии. При этом группа больных шизофренией ближе всего к непереработанному статусу привязанности (*U=unresolved*). У всех больных был выявлен сниженный уровень «рефлексивной функции» (см. далее).

Таким образом, на основании данного обзора результатов 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 привязанности. Таким образом, 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). Сначала при первом разговоре возникло впечатление, что он пришел только для того, чтобы обстоятельно за это извиниться. У него были проблемы на работе. Основной конфликт носил профессионально-иерархический характер, начальник пациента - главный врач перечеркивал его планы и считал его сутяжником. С точки зрения истории жизни эта проблема может объясняться конфликтом с недостаточным принятием его со стороны его отца, с чем была проведена тщательная работа в течение 40 часовой фокусной терапии. В конце этой лечебной секвенции пациент резюмировал, что он ценит вновь приобретенную «свободу мышления, и теперь он получил больше пространства чтобы покончить со своим нахальством». Его обсессивно-нарциссический характер был немного смягчен, а профессиональный кризис он смог благополучно разрешить благодаря изменению ситуации на работе.

Через пять лет он вновь обращается к своему терапевту из-за повторившегося суицидального срыва, который находился в близкой временной и ситуативной взаимосвязи с критическим развитием отношений пациента с его женой. В связи с этим также возникли частые нарушения сна. Оснований для соматических причин не было. В этот раз пациент больше не казался кичливым и считающим себя очень значительным, а напротив казался подавленным и беспомощным перед непонятными ему импульсами: «Я боюсь потерять контроль над собой». Основанием для расстройства послужил кризис в браке, который «поразил» пациента. В профессиональной области, где его ценили за готовность всегда помочь, он был свободен от страхов, и только высказанная женой мысль о разводе могла вызвать краткосрочные интенсивные социальные страхи, возникающие каждый раз при контакте с коллегами по работе.

Уже в рамках предыдущей психотерапии стало ясно, что отношение пациента к его жене было уже достаточно прохладным, но в тот момент в рамках фокусной концепции эту тему не стали развивать дальше. Теперь пациент вступил в отношения с женщиной, которая полна жизни и значительно его моложе, и это поставило под вопрос все его размышления о самом себе, Боге и мире. Его моральная порядочность была его капиталом, его надменность по отношению ко всему остальному человечеству - его триумфом. С одной стороны над ним берет верх интенсивность сексуальных переживаний, которые он прежде никогда не испытывал, с другой стороны, как ему кажется, весь его прежний образ жизни поставлен под сомнение. В результате различных стремлений, страхов и потребностей в контроле он стал желать только покоя. При обострении конфликта, когда обе женщины начинали постоянно упрекать пациента, у него возникало желание покончить жизнь самоубийством. До этого момента еще можно было избежать стационарного психиатрического лечения. Но по причине возросшей неуверенности пациента, а также возросшей суицидальной угрозы была выбрана длительная психоаналитическая терапия,

целью которой было добиться структурального изменения базальной нарциссическо-обсессивной структуры личности. Проявившаяся мотивация пациента к подобному изменению и его удачный предыдущий опыт с кратким психотерапевтическим вмешательством с тем же терапевтом позволили сделать положительные прогнозы.

Процесс лечения и терапевтические отношения

В ходе психоаналитической работы перенос был в начале ориентирован на уже знакомую отцовскую схему, однако в дальнейшем было взято за основу влияние на пациента сурово-ханженского опыта общения с матерью. Кажущиеся ребячливыми, частью осознанно, а частью неосознанно, чувства стыда и вины перед его матерью постоянно проявлялись в ситуации переноса. Он пытался получить от аналитика одобрение своей новой жизненной концепции, например, при контрпереносе все время возникало ощущение, что нужно дать ориентир («когда это затягивалось») или указать шаги по направлению к освобождению. Вообще, чувство ненависти и бешенства по отношению к женщинам, к их власти и силе соблазнения с увеличивающейся интенсивностью появлялось и в аналитической работе, когда речь заходила о правилах взаимодействия и о том, что по его предположению, в формировании рамок отношений, они 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 часто по началу 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, возникшей из мелких обстоятельств, типичной «командой, перешедшей в высшую лигу», он не мог в достаточной мере пересмотреть свой идеальный мир, и поэтому очень близко к сердцу принимал потерю своей связи с семьей, в которой родился.

Классификация привязанности полученная с помощью взрослого интервью о привязанности (AAI)

Классификация пациента «раздраженно-озабоченная» (E2). Он с раздражением рассказывал о могуществе своего отца и своей беспомощности, которую он ощущает и по сей день. Свою мать он описывал слабой и практически не способной противостоять атакам отца. Часто он с раздражением начинал вдаваться в детали и незаметно уходил от темы. Особенно в описании матери проявилось его отношение к ней, колеблющееся между идеализацией и обесцениванием. Даже теперь он воспринимает свои конфликты как нечто неразрешимое и до сих пор чувствует себя обделенным родительским уважением и одобрением, что указывает на недостаточную его автономию. С чувством ненависти он рассказывал о бессмысленных побоях, которые ему неожиданно и необоснованно наносили его родители. Теперь его гнетет страх перед всеми возможными моментами жизни и чувство, что он ни на кого не может положиться. Во время интервью я чувствовал, что пациент не воспринимает меня как визави, он говорил в другую сторону, я чувствовал себя засыпанным множеством эпизодов и старался придерживаться одной структуры.

Пациент получал мало любви со стороны своих родителей, а в ситуациях связанных с привязанностью - отвержение. Он часто чувствовал себя несущим ответственность за свою мать, а своего отца часто описывал как авторитарную личность с высокими требованиями к успеваемости и поведению. Также было выявлено эмоциональное пренебрежение не смотря на физическое присутствие.

Анализ оценочной шкалы ментальной переработки отношений с обеими личностями, к которым пациент испытывал привязанность, выявил следующую картину: в транскрипте можно распознать повторяющиеся пассажи с обвинительными высказываниями, которые позволили определить классификацию раздраженно-озабоченного типа привязанности (E2). Высокие оценки

по шкале *Гнев*, отразили отчетливые упреки в тех ситуациях, когда опрашиваемая личность в настоящем времени раздраженно высказывалась о личностях, к которым она испытывает привязанность: *«прежде всего мой отец мне казался очень могущественным, он был очень 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 тяготило меня это отношение, эта семейная ситуация»*.

С другой стороны пациент был склонен к идеализации своей матери, что подчеркивает колеблющийся характер его оценки по отношению к личности, к которой он испытывает привязанность: *«она (мать) пыталась быть чуткой, она была мягкой и добросердечной»*. Немного позже он рассказывает: *«с ней я не мог чувствовать себя защищенным, она была не в состоянии меня защитить»*.

Далее для его озабоченной привязанности характерно то, что он испытывал к матери чувство сострадания, внутренне взяв на себя ответственность, и произошла неблагоприятная смена ролей: *«с помощью собственного хорошего поведения я пытался предотвратить ситуации, когда старик вновь будет терроризировать всю семью»*; *«я ужасно страдал о того, что мать не могла уйти, а должна была оставаться и все это терпеть»*.

В интервью особенно очевидным стало то, что пациент много раз начинал отклоняться от темы и уходил в детальные изложения, выходявшие за рамки заданного вопроса. Он нарушал когерентные критерии релевантности и количества, часто терялся в бесконечных фразах, которые не делали нагляднее описываемую сцену.

Пациент не рассказывал об опыте утраты, вызвавшем у него продолжительную скорбь. Напротив, в этом месте он признался, что часто желал смерти своему отцу.

Пациент рассказывал о пережитом *травматическом опыте*, имея в виду побои отца: *«я вспоминаю одну сцену - моя мать была в больнице, он был очень требовательным, вечером у него что-то не получалось, потом у него сдали нервы и он стал меня без повода избивать»*. Все же пациент часто излагал эти агрессивные воспоминания, и в тексте не возникало намеков на отрицание или преуменьшение, отсюда можно сделать вывод, что эти переживания были «переработаны» и они максимально 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 отчетливо прослеживается очень сильное чувство злобы, и заметно, что пациент еще не нашел мирного решения для того, чтобы изменить это болезненное отношение к отцу (*«я до сих пор еще очень жесток»*). Пациент функционирует на мета уровне, и в конце концов не находит эмоциональной дистанции (например, к отцу он обращается «пожилой господин»). Сам пациент говорит, что детские переживания блокируют его в этом отношении, что он все еще чувствует эту «постоянную опасность, этот страх существования, все поглощено страхом, что что-то он сделает не так», он постоянно, почти с параноидальностью, 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 перспективы теории привязанности и психоаналитической перспективы

Для этой патологической привязанности страха Боулби выбирает название озабоченное-обращенное-на-себя и описывает подобных личностей как далеких от поисков любви и заботы, при любых обстоятельствах они стремятся все делать самостоятельно. По его мнению, эти люди склонны чувствовать себя подавленными во время стресса и страдать при психосоматических симптомах и депрессии. От этих личностей, как правило, создавалось впечатление, что ранее они должны были сдерживать любое чувство привязанности и отношений и теперь даже частично отрицать потребность в них. Они ощущают панический страх перед возможностью на кого-то положиться, для того чтобы уменьшить боль и не подвергнуться принуждению заботиться о

других (у пациента это становится очевидным, когда ему предлагается по фантазировать о детях: «они должны идти своим собственным путем, с самого начала быть самостоятельными»).

С точки зрения перспективы лечения ААI очень четко тематизирует конфликт с отцом, который на момент начала лечения был еще мало переработан. Образ матери в ААI на мой взгляд слабо конфигурирует. Большая проблема стыда вместе с сексуальностью, конфликт - не быть послушным, идентифицированным с матерью мальчиком, разворачиваются в процессе лечения таким образом, что обвиняющая позиция по отношению к матери напротив проявляется более четко. Переданные ею 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 клинических отраслях Полуструктурированное интервью взрослых о привязанности зарекомендовало себя как функциональная и продуктивная методика. Мета анализ Ван Иджендурна и Бакерманс-Кранебурга (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 групп. 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 психопатологии.

Как показали выводы предыдущих глав, например, в отношении аффективных расстройств, исследования взаимосвязи ААI-категорий и отдельных клинических подгрупп демонстрируют частичную несогласованность и не позволяют осуществить в силу различных методических недостатков (отсутствие сертифицированных специалистов в области оценки данных, нечеткие диагностические критерии) удовлетворительного дифференцированного сопоставления типологии привязанности и психопатологии. Дозье и его коллеги (1999) связывают этот факт в числе прочего с гетерогенностью развития некоторых заболеваний. Особенно остро недостаток научных исследований ощущается в области таких испытаний, когда на основе довольно масштабных выборок предпринимается попытка проанализировать, к какому типу привязанности относятся пациенты с теми или иными специфическими заболеваниями, характеризующими различной степенью тяжести и неодинаковой степенью переработки конфликта (экстернализирующей, интернализирующей).

На основании результатов ААI можно сделать вывод об индивидуальных способностях индивида к осмыслению и проговариванию своих переживаний относительно привязанности. 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). Важна с клинической точки зрения также попытка Фонаги и группы его коллег (Fonagy et al. 1998) разработать, опираясь на концепцию “метакогнитивной регуляции” Мейн (Main 1999), шкалу для измерения способности к «рефлексивному функционированию» (“reflective-functioning”). Вчувствование во всю сложность внутреннего мира, а также способность выстраивать при этом разнообразные перспективы, составляют, 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 к развитию психопатологии.

В будущем представляется уместным расширить *AAI*, принимая во внимание его возможности в области клинической проблематики. Исследования, проведенные с участием пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, продемонстрировали высокие показатели испытуемых одновременно с деактивирующими (“избегающие”) и гиперактивирующими (“озабоченные”) составляющими интервью. Такой результат возможен, например, у пациентов с расстройствами личности, которые ввиду расколотых объектных представлений испытывают к фигуре привязанности (объекту) наряду с ярко выраженным чувством ненависти (раздражением) сильные идеалистические 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.

Джордж и Вест (1999) с успехом обосновали свое утверждение о том, что в рамках клинических групп психическую декомпенсацию следует воспринимать как следствие дезорганизованной привязанности. Следуя этому замечанию, в дальнейшем открываются перспективы для формулировки новых вопросов с целью выявления клинически релевантных категорий, выходящих за рамки трех классических образцов, включая ортогональную классификацию “не переработанного статуса привязанности”. Клинические исследования привязанности развиваются относительно этой проблемы в двух направлениях: должны ли они привлекаться в качестве вспомогательных методик для изучения и объяснения картин различных заболеваний, или применение теоретических конструктов в рамках клинической популяции должно содействовать расширению конструктов и парадигм самой теории привязанности? Однозначным представляется тот факт, что возможности интерпретации с точки 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 нацеленных на изучение привязанности у здоровых людей моделей новыми клиническими категориями.

Литература

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

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

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

Arieti S, Bemporad J. The psychological organization of depression. American J. Psychiat. 1980;136:1365-1369.

Beck AT. 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 SJ Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. The psychoanalytic study of the child. V 29/1974
- Blatt SJ, Quinlan DM, Chevron ES, Mc Donald 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. Word 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-Detke 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 RR. Psychophysiology in attachment interviews: converging evidence for deactivating strategies. Child Development 1992;63:1473-1480.
- Dozier M, Chase Stovall K, Albus KE. 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 M, Steele H. 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 JM. 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 KE, Grossmann K. The wider concept of attachment in cross-cultural research. *Human Development* 1990;33(1):31-47.
- Grossmann KE. Laudatio für John Bowlby. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 1990;Band XXII, Heft 2:166-174.
- Grossmann K, Grossmann KE. Newborn behavior, early parenting quality and later toddler-parent relationships in a group of German infants. In: Nugent JK, Lester BM, Brazelton TB, eds. *The cultural context of infancy*. Norwood: Ablex, 1991:3-38. vol 2).
- Grossmann KE, 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 KE, Grossmann K. Bindungstheoretische Grundlagen psychologisch sicherer und unsicherer Entwicklung. *Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie - Zeitschrift* 1994;96:26-41.
- Harris T.O., Brown GW, Bifulco A. Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder. *Psychological Medicine* 1987;17:163-183.
- Harris T.O., Brown GW, Bifulco A. Depression and situation helplessness/mastery in a sample selected to study childhood parental loss. *J Aff Disord* 1990; 20
- Harlow HF, Harlow MK. Effects of various mother-infant relationships on rhesus monkey behaviors. In: Foss BM, ed. *Determinants of infant behaviour*. London: Methuen, 1969:15-36.

- Harlow HF, Suomi SV. 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, Köhle K, Schonecke OW, 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 PR, eds. *Handbook of Attachment*. New York: Guilford, 1999:520-554.
- Magai C. Affect, imagery, and attachment. In: Cassidy J, Shaver PR, 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 CM, Stevenson-Hinde J, Harris J, eds. *Attachment across life cycle*. New York: Routledge, 1991:Spitz RA. 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 MT, Cicchetti D, Cummings EM, 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 TB, 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 RP, Castle P, Howard R, Maughan B. Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology* 1994;6:375-388
- Pilkonis PA. 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 MEP. Helplessness. On depression, development and death. San Francisco: Freeman, 1975.
- Spitz RA. Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal Study Child* 1945; 1.
- Spitz RA. 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 MH, Bakermans-Kranenburg MJ. 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 MH, 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.