|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Боулби Джон   “Создание и разрушение эмоциональных связей” Лекция 7**   *Каждый год Королевский колледж психиатров орга­низует лекцию в честь Генри Модели, который был благотворителем предшествующего колледжа, Ко­ролевской медико-психологической ассоциации (а также госпиталя Модели). Меня пригласили про­честь лекцию 1976 года на собрании колледжа, про­водимом в Лондоне осенью этого года. Она была опуб­ликована в намного расширенной форме и в двух частях следующей весной.*   Этиология и психопатология в свете теории привязанности  Начиная с того времени, как я впервые изучал психиат­рию в госпитале Модели, мои интересы были сосредо­точены на том вкладе, который вносит окружающая человека обстановка в его психологическое развитие. В течение многих лет на нее не обращали внимания, и лишь теперь она начинает получать то внимание, кото­рого заслуживает. Это не вина того стойкого защитни­ка научного исследования психических расстройств, чью жизнь и деятельность мы вспоминаем сегодня. Ибо, хотя из некоторых отрывков из его трудов может создаться впечатление, что Генри Модели придавал малое значение факторам окружающей обстановки, это далеко не так, что видно из чтения его важной кни­ги “Ответственность в психических заболеваниях”, впервые опубликованной почти ровно столетие тому назад. И действительно, с самого начала своей карье­ры подход Модели был подходом биолога - как и можно было ожидать от сына фермера: и он знал, что в психиатрии, как и во всех других биологических на­уках, необходимо принимать во внимание “субъекта и окружающую его обстановку, человека и его обстоя­тельства ” и тот факт, что это требует, чтобы мы приня­ли эволюционный подход. (Цитата из эссе Модсли, опубликованного в 1860 г. Получением этой и другой информации относительно жизни и деятельности Модсли я обязан информации, представленной сэром Обри Льюисом в его двад­цать пятой лекции о Модсли (Lewis, 1951).) Таким образом, в подго­товке этой лекции, приглашение прочесть которую явилось для меня большой честью, меня поддержива­ла уверенность в том, что ее тема, тема социального и эмоционального развития ребенка в связи с различны­ми типами семейной обстановки, находится в согласии со всем тем, что отстаивал Генри Модели. То, что ради удобства я называю теорией привязан­ности,- это способ концептуализации склонности лю­дей устанавливать сильные нежные привязанности с выделенными людьми и объяснения многих форм эмо­ционального страдания и расстройства личности, вклю­чая тревогу, гнев, депрессию и эмоциональное отчуждение, чему дают начало нежеланная разлука и утрата. Как теоретический предмет, теория привязанности имеет дело с теми же самыми явлениями, которые до сих пор рассматривались в терминах “потребности, обусловленной зависимостью” или “объектных отно­шений”, или “симбиоза” и “индивидуации”. Данная теория, хотя она включает в себя многое из психоана­литического мышления, отличается от традиционного психоанализа тем, что заимствует много принципов, которые выводятся из сравнительно новых дисциплин этологии и теории контроля; это позволило обходить­ся без понятий психической энергии и влечения, а так­же установить тесные связи с когнитивной психологи­ей. Достоинства такого подхода состоят в том, что хотя понятия этой теории являются психологическими, они совместимы с понятиями нейрофизиологии и эволю­ционной биологии, а также в том, что этот подход удов­летворяет обычным критериям научной дисциплины.  Защитники теории привязанности утверждают, что многие формы психиатрического расстройства могут быть приписаны либо отклонениям в развитии поведе­ния привязанности, либо, более редко, неудаче в раз­витии поведения привязанности; и что эта теория так­же проливает свет на происхождение и лечение таких состояний. Выраженный кратко, тезис данной лекции состоит в том, что если мы хотим помочь такому паци­енту терапевтически, необходимо дать ему возмож­ность детального рассмотрения того, как на его теку­щие способы восприятия и поведения с эмоционально значимыми лицами, включая врача, могут оказывать влияние и, возможно, серьезно их нарушать, те пере­живания, которые были у него с родителями в годы дет­ства и юности, а некоторые из которых, возможно, про­должаются вплоть до настоящего времени. Это влечет за собой рассмотрение прошлых переживаний как можно более честным образом, рассмотрение, кото­рому врач может либо способствовать, либо препят­ствовать. В данном кратком изложении возможно лишь высказать общие принципы и стоящее за ними логическое обоснование. Мы начинаем с краткого опи­сания того, что имеется в виду под теорией привязан­ности, (Для более полного описания тех данных, на ко­торых она основывается, применяемых концепций и аргументов в ее защиту, смотрите уже опубликован­ные два тома работы “Привязанность и утрата, Bowlby, 1969, 1973.) До середины пятидесятых годов XX века преобла­дала ясно сформулированная точка зрения на природу и происхождение эмоциональных связей, и по этому вопросу имело место согласие между психоаналити­ками и теоретиками теории обучения. Утверждалось, что между индивидами развиваются связи, так как ин­дивид обнаруживает, что для уменьшения определен­ных влечений, например, к пище в младенчестве или к сексу во взрослой жизни, необходим другой человек. Этот тип теории ставит условием две разновидности влечения, первичную и вторичную; еда и секс класси­фицируются здесь как первичные, а “зависимость” и другие личные взаимоотношения - как вторичные вле­чения. Хотя теоретики объектных отношений (Balint, Fairbairn, Guntrip, Klein, Wmnicott) пытались модифи­цировать эту формулировку, продолжали существо­вать концепции зависимости, оральности и регрессии. Исследования неблагоприятных воздействий на развитие личности утраты материнской заботы приве­ли меня к вопросу об адекватности традиционной мо­дели. В начале пятидесятых годов работа Лоренца по импринтингу, которая впервые появилась в 1935 году, стала более широко известна и предложила альтерна­тивный подход. Лоренц обнаружил, что, по крайней мере у некоторых видов птиц, развиваются сильные привязанности к фигуре матери в первые дни жизни без какой-либо связи с пищей, а просто потому, что молодой птенец встречается и знакомится с данной фигурой. Утверждая, что эмпирические данные о раз­витии привязанности человеческого младенца к своей матери могут быть лучше поняты на языке модели, по­лученной от этологии, я в общих чертах наметил тео­рию привязанности в работе, опубликованной в 1958 году. Одновременно и независимо от меня, Харлоу (1958) опубликовал результат своих первых исследо­ваний детенышей обезьян-резусов, которых растили суррогатные, неодушевленные матери. Он обнаружил, что молодая обезьяна будет оставаться привязанной к суррогатной матери, которая ее не кормит, при усло­вии, что эта мать мягкая и с ней уютно. За последние пятнадцать лет были опубликованы многие эмпирические исследования детей человека (на­пример, Robertson, Robertson, 1967-1972; Heinicke, Westheimer, 1966; Ainsworth, 1967; Ainsworth, Bell, Stayton, 1971, 1974; Blurton Jones, 1972), теория была крайне расширена (например, Ainsworth, 1968; Bowlby, 1969; Bischof, 1975), и исследовалось взаимоотноше­ние теории привязанности и теории зависимости (Maccoby, Masters, 1970; Gewirtz, 1972) (1). Были выдви­нуты новые формулировки относительно патологичес­кой тревоги и фобии (Bowlby, 1973), а также относи­тельно траура и его психиатрических осложнений (например, Bowlby, 1961; Parkes, 1965,1971,1972). Паркес (1961) расширил эту теорию до охвата ряда эмоциональных реакций всегда, когда человек сталкивается с большими изменениями в его жизненной ситуации. Было проведено много исследований сравнительного поведения разных видов приматов (смотрите обзор Hinde, 1974). Кратко представленное поведение привязанности понимается как любая форма поведения, которое при­водит в результате к тому, что человек добивается или сохраняет близость с каким-либо другим выделенным и предпочитаемым им индивидом, который обычно счи­тается более сильным и/или более мудрым.  Утверждается, что хотя поведение привязанности наиболее очевидно в раннем детстве, оно характеризует людей от колыбели до могилы. Оно включает в себя плач и крик, которые вызывают заботу, следование и цепляние, а также сильный протест, если ребенок должен оставаться в одиночестве или с незнакомыми людьми. С возрастом частота и интенсивность, с которыми про­является подобное поведение, постоянно уменьшают­ся. Тем не менее все эти формы поведения продолжают существовать как важная часть поведенческого ре­агирования человека. У взрослых людей такое поведе­ние особенно заметно, когда человек расстроен, болен или боится. Особые проявления поведения привязан­ности, показываемые индивидом, частично зависят от его текущего возраста, пола и обстоятельств, частич­но - от тех переживаний, которые у него были с фигу­рами привязанности ранее в его жизни. Как способ концептуализации сохранения близос­ти, теория привязанности, в отличие от теории зависи­мости, выделяет следующие черты: (При описании этих черт я обращаюсь к тексту статьи (Bowlby, 1975), написанной для тома 6 “American Handbook of Psychiatry ”, 1975. Basic Books Inc., и я признателен редакторам и издателям за разрешение это делать.)  (а) Специфичность. Поведение привязанности на­правлено на одного или немногих выделенных ин­дивидов, обычно в явном порядке предпочтения.  (б) Длительность. Привязанность продолжается обычно в течение большей части жизненного цик­ла. Хотя в юности ранние привязанности могут ос­лабевать и дополняться новыми привязанностями, а в некоторых случаях заменяться ими, от ранних привязанностей отказываются нелегко, и они обыч­но продолжают существовать.  (в) Вовлеченность эмоции. (Хотя этот параграф немного отличается от подобных парагра­фов в лекциях 4 и 6, я оставляю его без изменения, потому что без этого данная лекция была бы существенно неполной.) Многие из наиболее сильных эмоций возникают во время установления, поддержания, разрыва и возобновления отношений привязанности. Установление связи описывается как влюбленность, поддержание связи - как лю­бовь кого- либо, а утрата партнера - как печаль о ком-то. Сходным образом, угроза утраты порож­дает тревогу, а действительная утрата порождает печаль; в то же время любая из этих ситуаций склон­на вызывать гнев. Не вызывающее сомнений сохранение связи переживается как источник безопас­ности, а возобновление связи - как источник ра­дости. Так как такие эмоции обычно являются от­ражением состояния нежных привязанностей человека, психология и психопатология эмоций по большей части являются психологией и психопато­логией нежных привязанностей.  (г) Онтогенез. У огромного большинства человеческих младенцев поведение привязанности к предпочита­емой фигуре развивается во время первых девяти месяцев жизни. Чем больше переживаний социаль­ного взаимодействия имеет младенец с человеком, тем больше вероятность его привязанности к этому человеку. По этой причине всякое лицо, осуще­ствляющее главный уход за ребенком, становится его главной фигурой привязанности. Поведение привязанности остается легко активируемым до конца третьего года жизни; в здоровом развитии оно затем становится постепенно менее легко активи­руемым.  (д) Научение. В то время как обучение различать зна­комое от незнакомого является ключевым процес­сом в развитии привязанности, обычные награды и наказания, используемые экспериментальными психологами, играют лишь малую роль. И действи­тельно, привязанность может развиваться, несмот­ря на неоднократное наказание от фигуры привя­занности.  (е) Организация. Первоначально поведение привязан­ности опосредуется реакциями младенца, органи­зованными на вполне простых линиях. С конца пер­вого года жизни оно опосредуется все более утонченными поведенческими системами, организованными кибернетически и включающими в себя репрезентационные модели окружающей среды я собственного Я. Эти системы активируются определенными условиями и прекращаются другими условиями. Среди активирующих условий находят­ся незнакомость, голод, усталость и все, что вызывает испуг. Условия прекращения включают в себя вид или звук материнской фигуры, и в особенности счастливое взаимодействие с ней. Когда поведение привязанности сильно возбуждено, для его прекра­щения может потребоваться прикосновение или цепляние за нее и/или крепкое объятие с ее сторо­ны. И наоборот, когда материнская фигура присут­ствует или ее местонахождение хорошо известно, ребенок прекращает показывать поведение привя­занности и вместо этого исследует окружающую его среду.  (ж) Биологическая функция. Поведение привязаннос­ти возникает у детенышей почти всех видов млеко­питающих и у многих видов продолжается на про­тяжении всей взрослой жизни. Хотя имеют место многие отличия в деталях между видами, сохране­ние близости незрелого животного к предпочитае­мой взрослой особи, почти всегда матери, является правилом, которое говорит о том, что такое пове­дение имеет ценность выживания. В другом месте (Bowlby, 1969) я утверждал, что, безусловно, пред­почтительнее наиболее вероятной функцией пове­дения привязанности является защита, главным образом от хищников. Таким образом, поведение привязанности понима­ется как класс поведения, отличный от кормящегося поведения и сексуального поведения, и по меньшей мере столь же важного в человеческой жизни. В таком поведении нет ничего внутренне детского или патоло­гического.  Следует отметить, что концепция привязанности сильно отличается от концепции зависимости. Напри­мер, зависимость не связана особым образом с сохра­нением близости, она не направлена на особого индивида, она не подразумевает прочной эмоциональной связи, она не связана необходимым образом с силь­ным чувством. Ей также не приписывается какая-либо биологическая функция. Кроме того, в концепции за­висимости есть ценностный смысл, в точности проти­воположный тому, который передает концепция при­вязанности. В то время как описание человека как зависимого склонно нести в себе оттенок принижения, описание человека как привязанного к кому-либо впол­не может быть выражением одобрения. И наоборот, если человек отчужден в своих личных взаимоотноше­ниях, это обычно рассматривается как черта, далеко не вызывающая восхищения. Уничижительный элемент в концепции зависимости, который отражает неудачу в осознании той ценности, которую поведение привязан­ности имеет для выживания, считается фатальной сла­бостью для ее клинического использования. Индивида, который показывает поведение привя­занности, обычно описывают как ребенка, а фигуру привязанности - как мать. Это происходит потому, что до сих пор поведение привязанности пристально изучалось лишь у детей. Однако такое поведение при­менимо также в отношении взрослых людей и для лю­бого человека, который участвует в нем в качестве фи­гуры привязанности - часто супруга, иногда родителя, и более часто, чем это можно предположить, ребенка. Было отмечено [под рубрикой (е) выше], что когда мать присутствует или ее местонахождение хорошо известно и она желает принимать участие в дружеском взаимообмене, ребенок обычно прекращает показывать поведение привязанности и, вместо этого, исследует окружающую его среду. В такой ситуации мать может рассматриваться как обеспечивающая своего ребенка безопасной опорой, исходя из которой он может ис­следовать и к которой он может возвращаться, в осо­бенности когда он устает или пугается. На протяже­нии всей оставшейся жизни он склонен показывать тот же самый паттерн поведения, уходя от тех, кого он любит, на все большее расстояние и период времени, однако всегда сохраняя контакт и раньше или позже возвращаясь к любимому лицу. Та опора, исходя из которой действует взрослый, наиболее вероятно явля­ется либо его первоначальной семьей, либо, иначе, но­вой опорой, которую он создал для себя. Всякий, у кого нет такой опоры, не имеет корней и крайне одинок. В приводимом до сих пор описании упоминались два паттерна поведения, отличные от привязанности, а именно, исследование и оказание заботы. В настоящее время имеются многочисленные дан­ные в поддержку точки зрения о том, что исследова­тельская деятельность имеет собственную огромную значимость, позволяя человеку или животному пост­роить связную картину особенностей окружающей среды, которая в любое время может стать важной для выживания. Дети и другие юные создания хорошо из­вестны своим любопытством и исследованием, кото­рые обычно уводят их в сторону от фигуры привязан­ности. В этом смысле исследовательское поведение является прямо противоположным к поведению при­вязанности. У здоровых индивидов две эти разновид­ности поведения обычно чередуются. Поведение родителей и любого другого человека в роли оказания заботы является взаимно дополняющим к поведению привязанности. Роли лица, оказывающе­го заботу, состоят, во-первых, в том, чтобы быть дос­тупным и реагирующим всегда, когда в этом есть по­требность, и во-вторых, беспристрастно вмешиваться, когда ребенок или более взрослое лицо, о ком заботят­ся, сталкивается с трудностью. Это не только ключе­вая роль оказывающей заботу фигуры, но имеются вес­кие свидетельства, что то, как забота проявляется со стороны родителей данного лица, в большой степени определяет, будет или не будет он расти психически здоровым. По этой причине, а также вследствие того, что это та роль, которую мы выполняем в качестве психотерапевтов, наше понимание этой роли имеет цент­ральную значимость для практики психотерапии. Следует отметить еще один момент, прежде чем мы начнем рассматривать значение этой схемы для теории этиологии и общей психопатологии, и поэтому для практики психотерапии. Он имеет отношение к наше­му пониманию тревоги, и сепарационной тревоги в осо­бенности. Общее допущение, которое проходит сквозь боль­шую часть психиатрической и психопатологической теории, состоит в том, что страх должен проявляться лишь в ситуациях, которые действительно опасны, и что страх, проявляемый в любой другой ситуации, яв­ляется невротическим. Это приводит к заключению, что так как сепарация от фигуры привязанности не может считаться подлинно опасной ситуацией, тревога по по­воду разлуки с этой фигурой является невротической. Изучение исследовательских данных показывает, что как это предположение, так и то заключение, к кото­рому оно приводит, являются ложными. Когда мы подходим эмпирически, сепарация от фигуры привязанности склонна относиться к классу ситуаций, каждая из которых может пробуждать страх, однако ни одну из которых нельзя считать по своей сути опасной. Эти ситуации охватывают, среди других, темноту, внезапные большие изменения стимульного уровня, включая громкие звуки, внезапное движение, незнакомых людей и незнакомые вещи. Дан­ные показывают, что животные многих видов встрево­жены в таких ситуациях (Hinde, 1970) и что это спра­ведливо для детей человека (Jersild, 1947), а также взрослых людей. Кроме того, страх особенно склонен возбуждаться, когда два или более из этих условий при­сутствуют одновременно, например, раздающийся громкий звук, когда человек находится один в темноте. Объяснение того, почему индивиды столь постоян­но реагируют на эти ситуации со страхом, гласит, что хотя ни одна их этих ситуаций не является по сути опас­ной, каждая из них несет с собой возросший риск опас­ности. Шум, неизвестность, изоляция и для многих видов темнота - все эти условия статистически связа­ны с возросшим риском опасности. Шум может пред­вещать природную катастрофу - огонь, наводнение или обвал. Для молодого животного хищник является незнакомым, он двигается и часто нападает ночью, и намного более вероятно, что он нападет, когда потен­циальная жертва находится в одиночестве. Теория гла­сит, что так как такое поведение способствует как ус­пешному выживанию, так и успешному кормлению, молодые виды, которые выжили, включая человека, оказываются генетически склонными развиваться та­ким образом, что они реагируют на шум, неизвест­ность, внезапное приближение и темноту действием уклонения от опасности или убеганием - в действи­тельности, они ведут себя таким образом, как если бы опасность реально присутствовала. Сравнимым обра­зом, они реагируют на изоляцию, ища компанию. Ре­акции страха, возбуждаемые такими естественно встречающимися сообщениями об опасности, явля­ются частью базисного поведенческого реагирования человека. Рассматриваемая в таком свете тревога по поводу нежеланной разлуки с фигурой привязанности напо­минает тревогу, которую испытывает генерал экспедиционных войск, когда связи с его базой перерезаны или нависает угроза, что они будут перерезаны. Это ведет к заключению, что тревога по поводу не­желанной разлуки может быть абсолютно нормальной и здоровой реакцией. Что может быть озадачивающим, так это то, почему такая тревога возбуждается у неко­торых людей крайне интенсивным образом, или, наобо­рот, у других людей ее интенсивность столь низка. Это приводит нас к вопросам этиологии психических рас­стройств и психопатологии. На протяжении этого столетия велись дискуссии относительно роли переживаний детства в этиологии психиатрического расстройства. Не одни только пси­хиатры, придерживающиеся традиционных взглядов, были скептическими по поводу их уместности, но и во взглядах на них психоаналитиков тоже царил сумбур. Долгое время большинство аналитиков, которые счи­тали, что переживания реальной жизни играют важ­ную роль, концентрировали внимание на первых двух или трех годах жизни и на определенных способах ухо­да за ребенком - на то, как его кормят или приучают к горшку - а также на то, был ли он свидетелем полово­го акта между родителями. Не поощрялось внимание к взаимодействию в семье или к тому, как данный ро­дитель обращается с ребенком. И действительно, не­которые экстремисты утверждали, что систематичес­кое исследование переживаний человека внутри семьи лежит вне должного интереса психоаналитика. Ни один специалист в области детской психиатрии, которую правильнее называть семейной психиатрией, не сможет, по всей видимости, разделить такую точку зрения. В огромном большинстве случаев не только имеются данные о нарушенных семейных взаимоотно­шениях, но и эмоциональные проблемы родителей, по­рожденные их собственным несчастливым детством, обычно также весьма серьезные. Таким образом, дан­ная проблема всегда казалась мне состоящей не в том, стоит ли изучать семейную ситуацию пациента, а в ре­шении того, какие особенности семейной ситуации уме­стны в этой связи, какие методы исследования пригод­ны к употреблению и какой тип теории наилучшим образом соответствует этим данным. Так как многие другие исследователи приняли такую же точку зрения, к настоящему времени исследователями многих дис­циплин было проделано очень много достаточно надеж­ных исследований. На основании результатов этих ис­следований, интерпретированных на языке теории привязанности, я предлагаю нижеследующие обобще­ния и точки зрения. Ключевой момент моего тезиса состоит в том, что имеется сильная причинная связь между переживани­ями индивида с его родителями и его последующей способностью устанавливать эмоциональные связи, и что определенные широко распространенные вариации в этой способности, проявляющиеся в супружеских проблемах и трудностях с детьми, а также в невротичес­ких симптомах и расстройствах личности, могут быть приписаны определенным общим вариациям в тех пу­тях, которыми родители выполняют свои роли. Много данных, на которых основывается этот тезис, приво­дится во втором томе работы “Привязанность и утрата” (глава 15 и далее). Главной переменной, на ко­торую я обращаю внимание, является та степень, в которой родители ребенка (а) обеспечивают его надеж­ной опорой и (б) поощряют его к исследованиям окру­жающей среды, отталкиваясь от этой опоры. В этих ролях поведение родителей варьирует вдоль несколь­ких параметров, из которых, вероятно, наиболее важ­ной, так как она пропитывает все взаимоотношения, является та степень, в которой родители признают и уважают желание ребенка иметь надежную опору и его потребность в ней, и приспосабливают свое поведение к нуждам ребенка соответствующим образом. Это вле­чет за собой, во-первых, интуитивное и сочувствующее понимание родителем поведения привязанности у ре­бенка и готовность отвечать на него и, таким образом, завершать его, и, во-вторых, понимание того, что од­ним из самых распространенных источников гнева ребенка является фрустрация его желания любви и забо­ты и что его тревога обычно отражает неуверенность в том, будут ли его родители оставаться пригодными для этой цели. Добавочным по значимости к уважению ро­дителем желаний привязанности у ребенка является Уважение его желания исследовать и постепенно расширять свои взаимоотношения как с ровесниками, так и с другими взрослыми. Исследования говорят о том, что во многих облас­тях Великобритании и Соединенных Штатов более по­ловины детского населения растет с родителями, которые обеспечивают своих детей такими условиями. Типично этих детей воспитывают быть уверенными в себе и полагаться на свои собственные силы, а также быть доверчивыми, сотрудничающими и полезными по отношению к другим людям. В психоаналитической литературе о таком человеке говорится, что он имеет сильное Эго; и он может описываться как показываю­щий “базисное доверие” (Erikson, 1950), “зрелую за­висимость” (Fairbairn, 1952) или “интроецировавшим хороший объект” (Klein, 1948). На языке теории при­вязанности он описывается как построивший репрезентационную модель себя как способного помогать са­мому себе, так и достойно принять помощь со стороны других людей при возникновении затруднений. В отличие от них, многие дети (в некоторых местах до 1/3 или более) растут с родителями, которые не обес­печивают этих условий. Отметим здесь, что фокус внимания обращен к особому взаимоотношению родите­ля с конкретным ребенком, так как родители не относятся к каждому ребенку одинаковым образом и могут обеспечивать превосходные условия воспитания для одного ребенка и очень неблагоприятные - для другого. Давайте рассмотрим некоторые из наиболее часто встречающихся отклонений в проявлениях поведения привязанности, которые показываются подростками, а также взрослыми людьми, с примерами типичных детских переживаний, которые склонны были иметь и, возможно, все еще имеют показывающие такие осо­бенности поведения люди. Многие из этих направленных к психиатрам лиц являются тревожными, неуверенными в себе индивидами, обычно описываемыми как чрезмерно зависимые или незрелые. Под влиянием стресса они склонны раз­вивать невротические симптомы, депрессию или фо­бию. Исследование показывает, что они подвергались воздействию по крайней мере одного, а обычно более чем одного, из определенных типичных условий пато­генного воздействия родителей, которые включают в себя:  (а) постоянную невосприимчивость одного или обоих родителей к добивающемуся заботы поведению ре­бенка и/'или его активное принижение и отвержение; (б) прерывание родительской заботы, происходящее более или менее часто, включающее в себя периоды пребывания в больнице или детском учреждении; (в) постоянные угрозы нелюбви к ребенку со стороны родителей, используемые как средство контроля над ним; (г) угрозы родителей уйти из семьи, используемые ими либо как метод дисциплинирования ребенка, либо как способ принуждения партнера по браку; (д) угрозы со стороны одного родителя бросить или даже убить другого родителя, или же покончить жизнь самоубийством (каждая из них более часто встречается, чем кажется); (е) принуждение ребенка ощущать себя виноватым, утверждая, что его поведение ответственно или бу­дет ответственно за болезнь или смерть родителя.   Любое из этих переживаний может приводить ре­бенка, подростка или взрослого человека к жизни в постоянной тревоге, как бы он не лишился своей фигу­ры привязанности и, как результат, к обладанию низ­ким порогом для проявления поведения привязаннос­ти. Данное состояние лучше всего описывается как состояние тревожной привязанности. (Нет никаких данных в поддержку традиционного представления, все еще широко распространенного, что такому человеку чрезмерно по­такали, когда он был ребенком, и поэтому он вырос “испорченным”.) Дополнительный набор условий, которым подвер­гались и все еще могут быть подвержены некоторые индивиды, состоит в том, что родитель, обычно мать, оказывает на них давление действовать по отношению к ней как к фигуре привязанности, таким образом, пе­реворачивая вверх дном нормальное взаимоотношение. Средства оказания такого давления варьируют от бессознательного поощрения преждевременного чувства ответственности в отношении других людей, до умыш­ленного использования угроз или внушения чувства вины. Люди, с которыми обращались подобным обра­зом, склонны становиться чрезмерно совестливыми и переполненными виной, а также тревожно преданны­ми. Большинство случаев школьной фобии и агорафо­бии развивается, вероятно, таким образом. Все до сих пор описанные варианты родительского поведения склонны не только пробуждать гнев ребен­ка против своих родителей, но и тормозить его выра­жение. Результатом этого является во многом частич­но неосознаваемое негодование, которое переходит затем во взрослую жизнь и обычно выражается не на родителях, а на ком-либо более слабом, например, на супруге или своем ребенке. Такой человек склонен быть подвержен сильным бессознательным стремлениям к получению любви и поддержки, которые могут выра­жаться в некоторой необычной форме домогающегося заботы поведения, например, в нерешительных попыт­ках самоубийства, конверсионных симптомах, нервной анорексии, ипохондрии (Henderson, 1974). Проявления поведения привязанности, явно про­тивоположного тревожной привязанности, описаны Паркесом (1973) как проявления компульсивной самоуверенности, неодолимого полагания на свои соб­ственные силы. Будучи очень далек от поиска любви, опоры и заботы со стороны других людей, человек, ко­торый показывает такие особенности поведения, на­стойчиво проявляет собственную жесткость и все делает для себя сам, каковы бы ни были условия. Эти люди также склонны ломаться под влиянием стресса и показывать психосоматические симптомы или деп­рессию. Многие такие люди ранее имели переживания, не очень отличающиеся от переживаний тех индивидов, которые развивают тревожную привязанность; но они реагировали на них иным образом, тормозя чувства и поведение привязанности и отвергая, возможно, даже высмеивая, любое желание близких отношений с человеком, который мог бы обеспечить им любовь и за­боту. Однако не требуется глубинного постижения их переживаний для осознания того, что они глубоко недоверчивы к близким взаимоотношениям и стра­шатся позволить себе полагаться на кого-либо друго­го, в некоторых случаях для того, чтобы избежать боли отвержения, а в других - чтобы избежать дав­ления осуществлять заботу о каком-либо человеке. Как и в случае тревожной привязанности, в основа­нии такого поведения лежит огромное негодование, которое, когда оно проявляется, направляется про­тив более слабых лиц, а также невыраженное стрем­ление к любви и поддержке. Паттерн поведения привязанности, связанный с компульсивным полаганием на свои собственные силы, является паттерном компульсивного оказания помощи. Человек, показывающий такие особенности поведения, может вступать во многие близкие взаи­моотношения, но всегда в роли оказывающего помощь и никогда не может быть в роли получающего ее. Ча­сто человек, выбираемый для оказания помощи, яв­ляется гадким утенком, который может некоторое время быть благодарным за оказываемую помощь. Но человек, компульсивно оказывающий помощь, будет также стремиться заботиться о тех людях, которые не ищут помощи и не приветствуют такое его поведе­ние. Типичным переживанием детства для таких людей было иметь мать, которая вследствие депрессии или какой-либо другой помехи была неспособна за­ботиться о ребенке, но вместо этого приветствовала его заботу о себе и, возможно, также требовала по­мощи в заботе о младших братьях и сестрах. Таким образом, начиная с раннего детства, человек, кото­рый развивается таким образом, видел, что единствен­ной доступной ему эмоциональной связью является привязанность, в которой он всегда должен оказывать заботу, и что единственная забота, которую он может когда-либо получить, это его забота о самом себе. (Дети, воспитывающиеся в государственных учреж­дениях, иногда также развиваются таким образом.) Здесь опять, как в случае человека, компульсивно по­лагающегося на свои собственные силы, имеется мно­го скрытого стремления к получению любви и заботы и много подавленного гнева на родителей за то, что они не обеспечили любовь и заботу; и конечно же, много тревоги и вины по поводу выражения таких желаний. Винникотт (1965) описал людей такого рода как развивших “ложное собственное Я” и считает, что истоки такого развития можно находить у человека, не получившего “достаточно хорошего” материнского ухода в детстве. Помочь такому человеку открыть свое “подлинное собственное Я” значит помочь ему осоз­нать и стать захваченным своим стремлением к полу­чению любви и заботы и своим гневом на тех людей, которые не смогли дать ему такие любовь и заботу. Жизненными событиями, которые особенно склон­ны воздействовать как стрессоры на индивидов, чье поведение привязанности и оказания заботы развива­лось вдоль той или другой из до сих пор описанных ли­ний, являются тяжелая болезнь или смерть либо фигу­ры привязанности, либо кого-либо иного, о ком они заботились, либо некоторая другая форма разлучения с ними. Тяжелая болезнь усиливает тревогу и, возмож­но, вину. Смерть или разлука подтверждают наихудшие ожидания человека и ведут к отчаянию, а также к тревоге. У этих людей траур по поводу смерти или раз­луки склонен принимать атипичную форму протека­ния. В случае тревожной привязанности траур склонен характеризоваться необычно сильным гневом и/или упреками в свой адрес, с депрессией, и продолжаться намного дольше, чем нормальный траур. В случае че­ловека с компульсивным полаганием на собственные силы траур может откладываться на месяцы или годы. Обычно присутствует ничуть не меньшее напряжение и раздражительность и могут происходить эпизодичес­кие депрессии, но причинная связь со смертью или раз­лукой теряется из виду. Эти патологические формы траура рассмотрены Паркесом (1972). Люди вышеописанного типа склонны не только ло­маться после утраты или разлуки, но они склонны стал­киваться с определенными типическими трудностями, когда вступают в брак и заводят детей. В отношении к партнеру в браке такой человек может проявлять тре­вожную привязанность и высказывать постоянные тре­бования любви и заботы; или же еще он или она могут проявлять навязчивую заботу о своем партнере со скрытым негодованием, что такую заботу не ценят и на нее не отвечают взаимностью. В отношении к ребенку также может проявляться любой из этих паттернов. В первом случае родитель требует, чтобы ребенок за­ботился о нем, а во втором - настаивает на оказании помощи ребенку, даже когда она неуместна, что при­водит в результате к “удушающей любви”. (Термин “симбиотический ” иногда используется для описания этих удушающе тесных взаимоотношений. Однако данный термин выбран неудачно, так как в биологии он относится к взаимно полезному парт­нерству между двумя организмами, тогда как семейные взаимоотноше­ния, названные этим термином, плохо адаптированы. Описание ребенка как “чрезмерно опекаемого” обычно вводит в заблуждение, так как оно не дает возможности осознания настойчивых требований в оказании заботы, которые родитель накладывает на ребенка.) Наруше­ния родительского поведения происходят также в результате того, что родитель воспринимает ребенка и обращается с ним, как если бы ребенок был одним из его сиблингов, что может приводить в результате, на­пример, к тому, что отец ревниво воспринимает то внимание, которое жена оказывает их ребенку. Другая частая форма нарушения взаимоотношений в семье имеет место, когда родитель воспринимает ре­бенка как точную копию себя самого, в особенности те его аспекты, которые он пытался искоренить в себе и затем пытается искоренить их также у своего ребенка. В этих усилиях он склонен использовать разновидность тех же самых методов дисциплины - возможно жес­токих и насильственных, возможно осуждающих или саркастических, возможно внушающих вину - воздей­ствию которых он сам подвергался, когда был ребен­ком, и которые привели в результате к тому, что он раз­вил те же самые проблемы, которые теперь пытается столь неподходящим образом предотвратить или от них избавиться, у своего ребенка. Муж может также воспринимать свою жену и относиться к ней подобным об­разом. Сходным образом, жена и мать может принять такой паттерн в своем восприятии и отношении к свое­му мужу или ребенку. При столкновении с неприят­ным и саморазрушающим поведением такого типа, по­лезно помнить, что каждый из нас склонен поступать с другими таким образом, как ранее поступали с ним. Грубо ведущий себя взрослый является выросшим ре­бенком, с которым грубо обращались. Когда человек принимает по отношению к самому себе или по отношению к другим те же самые взаимо­отношения или формы поведения, которые его роди­тель принимал и может все еще принимать по отноше­нию к себе, можно говорить об идентификации с этим родителем. Те процессы, посредством которых приоб­ретаются такие взаимоотношения и формы поведения, предположительно являются процессами обучения в результате наблюдения и, таким образом, не отличаются от тех процессов обучения, посредством которых приобретаются другие сложные формы поведения, включая полезные навыки. Из многих других проявлений нарушенного семей­ного функционирования и личностного развития, ко­торые могут быть поняты в терминах патологического развития поведения привязанности, хорошо известен паттерн эмоционально отчужденного индивида, кото­рый неспособен поддерживать стабильную нежную привязанность с кем-либо. Люди с такой неспособнос­тью могут быть обозначены как психопатические и/или истерические. Они часто склонны к правонарушениям и суицидальному поведению. Типичной историей их жизни является история длительного лишения мате­ринской заботы в самые первые годы жизни, обычно в сочетании с более поздним отвержением и/или угро­зами отвержения со стороны родителей или приемных родителей. (Так как все вышеописанные психиатрические состояния представ­ляют различные степени и паттерны одной и той же лежащей в основа­нии психопатологии, нет какой-либо большей надежды резкого разли­чения одного от другого, чем относительно резкого различения между различными формами туберкулезной инфекции. При объяснении этих отличий вполне могут быть уместны вариации в переживаниях различ­ных индивидов.) Для объяснения того, почему индивиды различных типов продолжают проявлять вышеописанные харак­терные особенности поведения спустя долгое время после того, как они выросли, представляется необхо­димым принять условие, что любые репрезентационные модели фигур привязанности и собственного Я, которые индивид выстраивает в период детства и юно­сти, склонны сохраняться относительно неизменными и продолжаться в течение всей его взрослой жизни. Как результат, он склонен сравнивать любого нового чело­века, с которым он может устанавливать узы привя­занности, такого, как супруг(а), или ребенок, или ра­ботодатель, или врач, с существующей моделью (того или другого родителя или собственного Я) и часто продолжает это делать, несмотря на неоднократное сви­детельство того, что эта модель неподходяща. Сход­ным образом, он ожидает, что будет восприниматься ими и что они будут с ним обращаться таким образом, который будет соответствовать его модели собствен­ного Я, и продолжает питать такие ожидания, несмот­ря на противоречащие этому свидетельства. Такие ока­зывающие влияние восприятия и ожидания ведут к различным неправильным представлениям относитель­но других людей, к ложным ожиданиям по поводу их поведения и к неподходящим действиям, предназна­ченным для предупреждения их ожидаемого поведе­ния. Таким образом, беря простой пример, мужчина, которому в детстве часто грозили уходом, может легко приписывать подобные намерения своей жене. За­тем он станет неверно интерпретировать то, что она говорит или делает, в терминах такого намерения, а затем предпримет всевозможные действия, которые, по его мнению, наилучшим образом будут адекватны той ситуации, которая, по его мнению, имеет место. Следствием этого может быть неправильное понима­ние его взаимодействия с женой и конфликт. Во всех этих действиях он не осознает, что на него оказывает влияние его прошлый опыт в отношении самого себя, который приводит к ошибочности его текущих пред­ставлений и ожиданий. В традиционной теории описанные процессы час­то упоминаются в терминах “интернализации пробле­мы”, а неправильные приписывания и неправильные представления относятся на счет проекции, интроекции или фантазии. Не только утверждения, происте­кающие в результате такого понимания, склонны быть двусмысленными, но и тот факт, что такие неправиль­ные приписывания и неверные представления прямо вытекают из предшествующего опыта реальной жиз­ни, либо лишь смутно подразумевается, либо, иначе, полностью затемняется. Я полагаю, что структурируя эти процессы в терминах когнитивной психологии, становится возможна намного большая точность и гипотезы по поводу причинной роли различных видов детского переживания, через продолжение существо­вания репрезентационных моделей фигур привязан­ности и собственного Я на бессознательном уровне, могут быть сформулированы в проверяемой форме. Следует отметить, что неподходящие, но продол­жающие существовать репрезентационные модели ча­сто сосуществуют с более подходящими моделями. Например, муж может переходить от веры в верность по отношению к нему его жены к подозрению, что она строит планы ухода от него. Клинический опыт свиде­тельствует, что чем более сильные эмоции пробужда­ются во взаимоотношении, тем более вероятно, что более ранние и менее осознаваемые модели станут до­минантными. Объяснение такого психического функ­ционирования, которое традиционно обсуждается с позиции защитных процессов, представляет вызов ког­нитивным психологам, но такой, который они уже ад­ресуют самим себе (например, Erdelyi, 1974) (2).  Некоторые принципы психотерапии  Таковы, следовательно, элементы психопатологии, построенной на теории привязанности. Какое руковод­ство дает это для доступа к проблемам пациента и помощи ему? Во-первых, мы должны решить, является ли пред­ставленная проблема такой, к которой применима тео­рия привязанности. Данный вопрос все еще требует большого исследования. Если она представляется при­менимой, мы рассматриваем, какие особенности типич­но принимает поведение привязанности пациента, имея в виду как то, что он нам говорит о себе, так и те взаи­моотношения, которые он устанавливает, а также то, как он относится к нам как к потенциальным помощ­никам. Мы также исследуем подходящие жизненные события, в особенности расставания, серьезные забо­левания или смерть, а также приезды, и ту степень, в которой текущие симптомы могут быть поняты как свежие или запоздалые реакции на них. В ходе этих исследований мы можем начать получать некоторое отдаленное представление о тех особенностях взаимо­действия, которые применяются в его нынешнем доме, происхождение которых может быть обусловлено либо его семьей, либо новой семьей, которую он помог со­здать, либо (возможно, особенно в случае женщин) ими обоими. Любой исторический материал, который про­ливает свет на то, как текущие особенности поведения привязанности могли появиться на свет, делает наше понимание более острым. Большая трудность в этом процессе оценки лежит в том, что сообщаемая информация может опускать жизненно важные факты или фальсифицировать их. Не только родственники - родители или супруг(а) - склонны опускать, подавлять или фальсифицировать, но и сам пациент вполне может так поступать. Конеч­но, все это не случайно. Во-первых, очевидно, что мно­гие родители, которые по той или иной причине не об­ращали внимания на ребенка или отвергали, оставляли его в одиночестве, осуществляли попытки самоубий­ства, имели между собой неоднократные ссоры или же льнули к ребенку из-за собственного желания в ока­зывающем поддержку лице, будут крайне противить­ся тому, чтобы стали известны подлинные факты их семейного взаимодействия. Они неизбежно ожидают критики и обвинений и поэтому искажают истину, иног­да непроизвольно, иногда умышленно. Сходным обра­зом, дети таких родителей выросли со знанием того, что правду нельзя разглашать и, возможно, наполови­ну также считая, что они сами повинны во всяком зат­руднении, на чем всегда могли настаивать их родители. Общераспространенным методом держать семейные неурядицы в секрете является приписывание симпто­мов психического расстройства некоторой другой при­чине; он может бояться ребят в школе (это не резуль­тат воздействия на него его матери); она страдает от головных болей и расстройства желудка (это не резуль­тат того, что мать угрожает отказаться от нее, если она уйдет из дома); он был трудным ребенком с самого рож­дения (это не результат того, что он был нежелатель­ным и заброшенным ребенком); она страдает от эндо­генной депрессии (это не результат того, что она испытывает запоздалый траур по отцу, умершему много лет тому назад). Раз за разом обнаруживается, что то, что описывается как психопатологический симптом, является откликом, который, будучи оторван от той ситуации, которая проясняла его, представляется необъяснимым. Или же еще симптом возникает как результат попытки пациента избежать реагирования с подлинным чувством на действительно расстраиваю­щую ситуацию. В любом случае первой и главной зада­чей будет установление той ситуации или ситуаций, на которые пациент либо реагирует, либо же тормозит реагирование. Явно желательно, чтобы любой клиницист, осуще­ствляющий такую работу, обладал обширным знанием отклоняющихся паттернов привязанности и осуществляющего заботу поведения и тех патогенных семейных переживаний, которые считаются содействующими им; он также должен быть знаком со всевозможной информацией, которая часто опускается, подавляется или фальсифицируется. Обладая таким знанием, нередко может быть очевидно, что некоторая часть жизненно важной информации отсутствует и что утверждения определенного типа сомнительны или явно ложны. Са­мое главное, клиницист, опытный в такой работе, знает, когда ему еще предстоит открыть эти факты, и он готов либо ожидать появления соответствующей информации, либо же мягко нащупывать подходящие для этого области. Новички же склонны к клинической ра­боте поспешно переходить к заключениям и быть не­правыми. В построении адекватной клинической картины психиатру разумно не полагаться на одни лишь тради­ционные методы опроса, но всегда, когда это возмож­но, принимать участие в одном или более семейном опросе. Ни одна другая техника не может так быстро обнаруживать существующие особенности поведения привязанности в их истинном свете и давать ключи к пониманию того, как они могли развиваться. Теперь доступно большое число книг по семейной психиатрии и семейной терапии. Хотя в них обращается внимание на громадное воздействие, которое различные особен­ности семейного взаимодействия могут оказывать на каждого члена семьи, и описываются техники опроса и способы терапевтических вмешательств, используемые в них теоретические подходы не являются концепция­ми теории привязанности. Поэтому для целей данного описания они обладают ограниченной ценностью. Требуется проделать огромную работу, прежде чем мы сможем быть уверены, какие расстройства по­ведения привязанности и оказания заботы излечимы посредством психотерапии, а какие нет, и если они из­лечимы, то какие из различных методов психотерапии предпочтительнее. Многое зависит от опыта клиници­ста, его способностей и возможностей. В общем мы можем следовать Малину (1963), используя в качестве главного критерия, показывают ли готовность данный пациент и/или члены его семьи исследовать проблему вдоль описанных линий: так это или не так, обычно про­ясняется в ходе нашей оценки. Иногда как данный па­циент, так и его родственники отзывчивы, охотно или неохотно, к утверждению, что вызывающая жалобы проблема или симптомы, по-видимому, имеют смысл в отношении событий и семейных расстройств, которые они описывают. Нередко такие представления неприятны для одного или более близких родственников, и время от времени они отвергаются как неуместные и абсурдные. В зависимости от этих реакций мы определяем нашу терапевтическую стратегию. Здесь нет места для рассмотрения применений и ограничений многих возможных методов терапевти­ческого воздействия как с родителями и их детьми (любого возраста), так и с супружескими парами, которые в настоящее время стали установившейся практикой. Совместные опросы, индивидуальные опросы, их чередование - все имеет свое место, как и продолжи­тельные сессии, длящиеся по нескольку часов: но мы далеки еще от знания того, какой метод терапии мо­жет быть наилучшим для данной проблемы. Однако имеются определенные принципы, которые уместны для любой из этих терапевтических процедур. Для удобства изложения я беру случай индивидуальной терапии; хотя замечу, что возможно перефразировать каждый принцип терапевтической тактики таким об­разом, что он будет иметь отношение к членам семьи в целом вместо одного человека. Как мне представляется, перед врачом стоит мно­го взаимосвязанных задач, среди которых есть сле­дующие:  (а) во-первых, и самое главное, обеспечить пациента надежной опорой, исходя из которой он сможет исследовать как себя самого, так и свои взаимоот­ношения со всеми теми лицами, с которыми он ус­тановил или мог устанавливать нежную привязан­ность; и одновременно сделать для него ясным, что все решения относительно того, как наилучшим образом управлять ситуацией и какое действие лучше всего предпринять, должны быть его соб­ственными и что мы считаем, что с помощью полу­ченной помощи он способен принимать такие решения;  (б) объединиться с пациентом в таких исследованиях, побуждая его рассматривать как те ситуации, в ко­торых он в настоящее время склонен находиться со значимыми для него людьми, так и те роли, кото­рые он может играть в вызывании таких ситуаций, а также каковы его реакции в мыслях, чувствах и дей­ствиях, когда он находится в таких ситуациях;  (в) обратить внимание пациента на те пути, которыми он, возможно, непреднамеренно, склонен истолко­вывать чувства и поведение врача по отношению к нему и на те прогнозы, которые он (пациент) делает, и на те действия, которые он совершает в резуль­тате; а затем пригласить его рассмотреть, могут ли его способы истолкования, прогнозирования и дей­ствия быть частично или полностью несоответству­ющими в свете того, что ему известно о враче;  (г) помочь ему в рассмотрении того, как те ситуации, в которые он типично вовлекается, и его типические реакции на них, включая то, что может происходить между ним и врачом, могут быть поняты с позиции тех переживаний в реальной жизни, которые он имел с фигурами привязанности в период детства и юности (и, возможно, все еще может иметь) и каки­ми могли быть его реакции на них в то время (и, воз­можно, такие реакции все еще продолжают иметь место).  Хотя четыре очерченных задачи концептуально от­личны, на практике их можно преследовать одновре­менно. Ибо одно дело для врача делать все, что в его силах, чтобы быть надежной, полезной и продолжаю­щей свое воздействие фигурой, а другое дело для па­циента истолковывать его действия таким образом и доверять ему как такой дающей помощь и заботу фи­гуре. Чем более неблагоприятными были переживания пациента со своими родителями, тем труднее для него доверять врачу теперь и тем легче он будет неправиль­но воспринимать, неправильно объяснять и неправильно истолковывать то, что врач делает и говорит. Кроме того, чем менее он может доверять врачу, тем меньше он будет рассказывать врачу и тем труднее будет для обоих сторон исследовать те болезненные, или внуша­ющие испуг, или загадочные события, которые могли иметь место в более ранние годы жизни пациента. На­конец, чем менее полна и точна имеющаяся в распоря­жении картина того, что случилось в прошлом, тем бо­лее трудно понять текущие чувства и поведение пациента для обоих сторон и тем более стойкими склон­ны быть неправильные восприятия и неверные истол­кования пациента. Таким образом, мы находим, что пациент заключен внутри более или менее закрытой системы, и лишь медленно, часто дюйм за дюймом, воз­можно помочь ему выбраться оттуда. Из этих четырех задач рассмотрение прошлого яв­ляется той задачей, решение которой мо жно отложить с наименьшими потерями для терапии, так как ее единственная значимость заключается в том свете, кото­рый оно отбрасывает на настоящее. Последователь­ность рассмотрения описанных задач терапии для врача и пациента, работающих совместно, часто может быть следующей: вначале осознание того, что пациент обыч­но склонен реагировать на особый тип межличностной ситуации определенным саморазрушительным обра­зом, затем исследование того, какие разновидности чувств и ожиданий такие ситуации обычно в нем воз­буждают, и лишь после этого рассмотрение того, что у него, возможно, могли иметь место переживания, про­изошедшие недавно или случившиеся в далеком про­шлом, которые способствовали тому, что он испытыва­ет подобные чувства и ожидания в таких межличностных ситуациях. Таким образом, пробуждаются воспомина­ния о значимых переживаниях, не просто как о несчаст­ливых событиях, но в терминах того всеохватывающе­го влияния, которое они оказывают в настоящем на чувства, мысли и действия пациента. Очевидно, что очень многие психотерапевты, безот­носительно к теоретическим взглядам, обычно обра­щают внимание на эти задачи, так что многое из того, о чем я говорю, давно уже было им известно. В общепри­нятой терминологии об этих задачах говорится как об оказании помощи, интерпретации переноса и констру­ировании или реконструировании ситуаций прошлого. Если имеются какие-либо новые моменты акцентиро­вания в текущей формулировке, то они следующие: (а) придание центральной значимости не только в практике, но также в теории, нашей роли обеспечения пациента надежной опорой, исходя из которой он может исследовать и затем достигать собственных заключений и принимать самостоятельные решения;  (б) отказ от интерпретаций, которые обусловливают различные формы более или менее примитивных фантазий и вместо этого сосредоточение внимания на переживаниях в ходе реальной жизни пациента;  (в) направленность внимания в особенности на детали того, как родители пациента в действительности могли вести себя по отношению к нему не только в период его младенчества и детства, но и в ходе его юности, а также вплоть до настоящего времени; а также на то, как он обычно реагировал в такие мо­менты;  (г) использование перерывов в ходе лечения, в особен­ности тех из них, которые навязаны врачом, либо в случае обычного хода вещей, как в случае отпуска, либо в исключительных обстоятельствах, как в слу­чае заболевания, в качестве возможностей, во-пер­вых, наблюдать, как пациент истолковывает разлу­ку и реагирует на нее, затем, помогая ему осознать, как он управляет событиями и реагирует на это, и, наконец, исследовать с ним, как и почему произош­ло такое его развитие.  Настаивание на принципе, что внимание пациента должно быть направлено на рассмотрение того, каковы могли быть его подлинные переживания в прошлом и как эти переживания все еще могут оказывать на него свое влияние, часто дает начало неправильному пони­манию. Нас могут спрашивать, не занимаемся ли мы ничем иным, кроме побуждения пациента переклады­вать всю вину за его трудности на своих родителей? А ес­ли это так, то что хорошего может из этого выйти? Во-первых, необходимо подчеркнуть, что в нашу работу в качестве врачей не входит определение того, кто и за что виноват. Вместо этого наша задача заключается в том, чтобы помочь пациенту понять ту степень, в кото­рой он неправильно воспринимает и неверно истолко­вывает поступки со стороны тех людей, кого он любит или может любить в настоящее время и как вследствие этого он относится к ним таким образом, который по­рождает в результате его сожаления или раскаивание. Наша задача, на самом деле, состоит в том, чтобы по­мочь пациенту рассмотреть репрезентационные моде­ли фигур привязанности и самого себя, которые без такого его осознания руководят его восприятиями, предсказаниями и действиями, и как эти модели могли развиться в период его детства и юности и, если он со­чтет это целесообразным, помочь ему модифицировать эти модели в свете более свежего эмоционального опы­та. Во-вторых, ввиду того, что пациент может быть очень склонен к обвинению, мы можем указать на те эмоцио­нальные трудности и несчастливые переживания, кото­рые, возможно, были у его родителей и, таким образом, пробудить его симпатию. Имея в виду нашу терапевтическую роль, мы должны подходить к тому, что может быть глубоко прискорбным поведением со стороны ро­дителей пациента, столь же объективным образом, ка­ким мы старались подходить к поведению самого па­циента. В нашу цель входит не распределение вины, а прослеживание причинных цепочек в нарушениях раз­вития личности с точки зрения разрыва эмоциональ­ных связей или улучшения их последствий. Это хороший момент для обращения к семейной терапии, ибо в ходе семейных бесед может оказаться возможным получить намного более протяженную перспективу того, как зародились текущие трудности. Используя такие события для детального составления семейного дерева, могут быть впервые выявлены жиз­ненно важные сведения, в особенности когда сюда вхо­дят бабушки и дедушки. Как однажды заметил мой коллега: “Удивительно наблюдать, какое воздействие на пациента оказывают слова их бабушек и дедушек, когда они говорят о своих бабушках и дедушках”. Хотя я считаю, что в семейной психотерапии при­менимы те же самые принципы, что и в индивидуаль­ной терапии, различия в их применении слишком мно­гочисленны, чтобы рассматривать их в данном месте, и заслуживают собственного полного обсуждения. Од­нако одно отличие может быть упомянуто. Главная цель семейной терапии - позволить всем членам уста­навливать друг с другом отношения таким образом, чтобы каждый член мог находить надежную опору в своих взаимоотношениях внутри семьи, как это про­исходит в каждой здорово функционирующей семье. К этой цели направлено внимание для понимания тех способов поведения, которыми члены семьи могут временами успешно обеспечивать друг друга надеж­ной опорой, но в другое время терпят в этом неудачу, например, неправильно выстраивая роли друг друга, развивая ложные ожидания в отношении друг друга или же перенаправляя формы поведения, которые правиль­ным образом должны были бы быть направлены отно­сительно одного члена семьи к другому. Как резуль­тат, в ходе семейной терапии склонно уделяться меньше времени интерпретации переноса, чем в случае индивидуальной терапии. Главная выгода состоит в том, что когда терапия оказывается эффективной, она часто может быть закончена скорее и с меньшей болью и расстройством, чем индивидуальная терапия, в ходе которой пациент может легко начать рассматривать врача как единственную надежную опору, обладание которой он когда-либо мог себе представить. Давайте теперь вновь вернемся к разговору об ин­дивидуальной терапии. Я уже подчеркивал, что согласно моей точке зре­ния главная терапевтическая задача - помочь пациен­ту открыть, каковы те ситуации, текущие или прошлые, с которыми связаны его симптомы, будут ли они либо реакциями на те ситуации, либо же побочными эффек­тами попытки не реагировать на них. Однако, так как данным ситуациям был подвержен сам пациент, он уже в некотором смысле обладает всей эмоционально зна­чимой информацией. Почему же тогда он нуждается в столь большой помощи для обнаружения таких си­туаций? Дело заключается в том, что большая часть всей личностно значимой информации относится к чрезвы­чайно болезненным или пугающим событиям, которые пациент очень хотел бы забыть. Это воспоминания о том, как его всегда считали неправым, или как ему при­ходилось заботиться о депрессивной матери вместо того, чтобы самому получать от нее заботу, об ужасе и гневе, которые он испытывал, когда отец был в ярости, или же мать высказывала угрозы, или же о вине, когда ему говорилось, что его поведение приведет к болезни родителя, о печали, отчаянии и гневе, которые он ощу­щал после утраты, или же об интенсивности его некомпенсированной тоски в период вынужденной разлуки. Никто не может вспоминать такие события без пере­живаний реактивированных чувств тревоги, гнева, вины или отчаяния. Никто также не хочет считать, что его собственные родители, которые в другое время могли быть добрыми и полезными, в данном случае вели себя некоторым крайне расстраивающим образом. Родите­ли также не склонны побуждать своих детей запоми­нать или вспоминать такие события; в действительности они слишком часто пытались поколебать представ­ления своих детей и заставить их замолчать. Для роди­телей, со своей стороны, рассмотрение того, каким об­разом их собственное поведение могло содействовать и, возможно, все еще содействует текущим проблемам их детей, в равной степени болезненно. Поэтому у всех сторон имеют место сильные тенденции к забыванию и искажению, вытеснению и фальсификации, освобож­дению от ответственности одной стороны и обвинению другой. Таким образом, мы находим, что защитные процессы столь же часто направлены против узнава­ния или вспоминания событий реальной жизни и пробужденных ими чувств, как и против осознания бессоз­нательного импульса или фантазии. И действительно, часто лишь тогда, когда был восстановлен в воспоминаниях и подробно изложен детальный ход течения какого-либо расстраивающего и нарушенного взаимо­отношения, на ум приходит пробужденное им чувство и те действия, которые пациент намеревался совершить в ответ. Я хорошо помню, как молчаливая заторможен­ная девушка в начале третьего десятка лет, подвержен­ная якобы непредсказуемым сменам настроения и ис­терическими вспышкам у себя дома, реагировала на мое замечание: “Мне кажется, что ваша мать в действительности никогда вас не любила”. (Она была второй доче­рью, за рождением которой в скором времени после­довало рождение двух долгожданных сыновей.) В потоке слез она подтвердила мою точку зрения ци­тированием, слово в слово, замечаний, высказанных ее матерью с детства до сегодняшнего дня, и тем отчаяни­ем, ревностью и яростью, которые пробуждались в ней вследствие такого обращения матери. После этого ес­тественно последовало обсуждение ее глубинной веры в то, что я также считал ее нелюбимой и что ее взаимо­отношения со мной будут столь же безнадежными, ка­кими они были с ее матерью. Эта вера объясняла ее уг­рюмое молчание, которое мешало терапии. Техника, разработанная для помощи людям, поте­рявшим своих близких, хорошо иллюстрирует описы­ваемые мною принципы. В этой работе рассматривае­мые события и возбужденные ими чувства, мысли и действия являются недавними и поэтому, по сравне­нию с событиями детства и реакциями на них, склонны более ясно и точно помниться. Кроме того, болезнен­ное чувство часто либо все еще присутствует, либо же, самое меньшее, оно более легко доступно. Те специалисты, которые проводили консультации с людьми, понесшими утрату близкого человека (на­пример, Raphael, 1975), эмпирически обнаружили, что если они хотят оказать помощь, то необходимо побу­дить клиента вспомнить и подробно описать все собы­тия, которые привели к данной утрате, обстоятельства, окружающие эту утрату, и ее переживания после ут­раты; (Вследствие демографических причин развитие техники консуль­тирования людей, понесших утрату близкого человека, проводилось глав­ным образом со вдовами; отсюда женский род в этом и следующем пара­графах.) ибо представляется, что лишь таким образом вдова или любой другой человек, понесший утрату близкого человека, сможет разобрать свои надежды, сожаления и отчаяния, свою тревогу, гнев и, возмож­но, вину и, что столь же важно, сможет рассмотреть все те действия и реакции, которые она хотела совер­шить и, возможно, все еще хочет совершить, хотя мно­гие из них всегда могли быть неподходящими или са­мозащитными и определенно являются таковыми теперь. Для человека, понесшего утрату близкого че­ловека, желательно рассмотреть не только все, окру­жающее эту утрату, но также всю историю данного вза­имоотношения, со всеми его удовлетворительными и неудовлетворительными сторонами, те вещи, которые были сделаны, а также те, которые остались не сделан­ными. Ибо представляется, что лишь когда вдова смо­жет рассмотреть и реорганизовать свой прошлый опыт, для нее станет возможным рассматривать себя как вдо­ву и свою возможную будущую жизнь со всеми ее ограничениями и возможностями и наилучшим образом ими воспользоваться без последующего напряжения или нервного расстройства. То же самое, конечно же, относится к вдовцам и к родителям, утратившим детей. До сих пор я не упоминал о консультации. Опыт консультирования людей, потерявших своих близких, показывает, что если у понесшего утрату лица не было времени для прохождения некоторого пути в своем пересмотре прошлого и своей переориентации по от­ношению к будущему, консультирование приносит на­много больше вреда, чем пользы. Кроме того, такой человек намного больше нуждается в информации, чем в консультации. Ибо жизненная ситуация вдовы силь­но отличается от ситуации ее предшествующей жизни. Много знакомых путей действия теперь закрыты, и она вполне может не обладать информацией относительно тех путей действия, которые теперь для нее открыты, с выгодами и невыгодами каждого пути. Обеспечение ее уместной информацией или ориентирование ее отно­сительно такой информации и помощь ей в анализиро­вании возможного применения такой информации к ее будущему, в свое время оставляя ей возможность соб­ственного принятия решений, может в то же время быть очень полезным делом. Гамбург неоднократно подчер­кивал огромную важность поиска и использования че­ловеком новой информации в качестве необходимого шага для того, чтобы справиться с любым стрессовым переходом (Hamburg, Adams, 1967). Помощь пациен­ту сделать это в должное время и правильным образом составляет, таким образом, пятую задачу для врача. При помощи психиатрическому пациенту необхо­димые для выполнения задачи и способы их достиже­ния, по-моему, не отличаются по своему виду от кон­сультирования лиц, понесших утрату близких людей. Существующие отличия обусловлены тем фактом, что репрезентационные модели пациента и паттерны пове­дения, основанные на них, были столь длительное вре­мя укоренены, что многие события, которые привели к их развитию, произошли много времени тому назад и что пациент и члены его семьи могут испытывать глу­бокое нежелание снова рассматривать эти вещи. Вслед­ствие этого, помогая психиатрическому пациенту ис­следовать свой мир и самого себя, врачу приходится выполнять сложную роль. Таким образом, он должен побуждать пациента к исследованию, даже когда тот сопротивляется этому, а также помогать пациенту в его поиске, направляя его внимание на те черты в его рассказе, которые склонны быть относящимися к делу, и отводя его внимание от тех черт, которые представляются не относящимися к делу и отвлекающими внимание. Часто врач будет об­ращать внимание пациента на его нежелание даже рас­смотреть определенные возможности и, возможно одновременно, выражать симпатию в связи с тем замешательством, тревогой и болью, которые может повлечь за собой такое рассмотрение. Во всем этом, как отмечалось, я согласен с теми специалистами, которые считают, что роль врача должна быть активной. Однако для того чтобы быть эффективным, врач должен осоз­навать, что он не может идти быстрее пациента и что, слишком настойчиво обращая внимание на болезненные темы, он будет пробуждать страх пациента и навлекать на себя его гнев или глубокое негодование. Наконец, он никогда не должен забывать, что какими бы правдопо­добными и даже убедительными ни казались ему его собственные предположения по сравнению с предполо­жениями пациента, ему плохо известны факты и что в конечном счете в качестве окончательной истины долж­но быть принято то, во что искренне верит пациент. Здесь мы затрагиваем крайне важную тему соб­ственных взглядов и системы ценностей врача в связи с пациентом и его или ее проблемами; ибо любые взгляды и отношения врача склонны оказывать воздействие на отношения пациента, даже если это происходит глав­ным образом через бессознательный процесс наблю­дательного обучения (посредством идентификации). В этом процессе восприятие пациентом поведения вра­ча и тона его голоса, а также то, как он подходит к дан­ной теме, по меньшей мере столь же важны, как и все, что он говорит. Таким образом, с теорией привязанно­сти в голове врач будет передавать, главным образом невербальными средствами, свое уважение и симпатию к желаниям пациента получать любовь и заботу от сво­их родственников, к его тревоге, гневу и, возможно, отчаянию при фрустрации и/или очернении его жела­ний не только в прошлом, но, возможно, также в настоящем и по поводу того страдания и печали, начало которым, возможно, могла положить утрата близкого человека в детстве; врач будет указывать на свое понимание того, что сходные конфликты, ожидания и эмо­ции могут быть активными также и в терапевтическом взаимоотношении. В столь же большой мере посред­ством и невербальной вербальной коммуникации врач также будет передавать свое уважение и пробуждать желание пациента исследовать мир и приходить к собственным решениям в жизни; хотя в то же самое время он осознает, что в глубине души пациент может питать уверенность, проистекающую из настойчивых утверждений других людей, что он не способен это сделать. В этих ежедневных обменах врачом неизбежно демон­стрируется определенный паттерн осуществления межличностных взаимоотношений, и это не может не оказывать некоторого воздействия на взгляды пациен­та. Например, на место того, что могло быть паттерном нахождения вины, наказания и мести, или принужде­ния посредством наведения вины, или уклонения и ми­стификации, он вводит паттерн, в котором делается попытка понимания точки зрения другого человека и открытых переговоров с ним. В некоторые моменты в терапии обсуждение различных способов обращения с людьми и возможных последствий каждого способа обращения может быть полезным. Во время таких об­суждений врач склонен как ставить вопросы, так и предоставлять информацию, в то же самое время снова оставляя принятие решений пациенту. Ясно, что для того чтобы хорошо выполнить эту ра­боту, врачу требуется не только хорошее усвоение этих принципов, но также способность к эмпатии и выдер­живанию интенсивной и болезненной эмоции. Люди с сильно организованной тенденцией к компульсивному полаганию на собственные силы плохо подходят для осуществления этой работы, и им очень рекомендует­ся не делать ее. При предшествующем обсуждении четырех базис­ных задач врача подчеркивалось, что хотя они концеп­туально различны, на практике их можно преследовать одновременно. Насколько далеко терапия может и дол­жна предприниматься с какой-либо семьей или паци­ентом - это сложный и трудный вопрос. Главный мо­мент, возможно, заключается в том, что модификация внутренних репрезентативных моделей человека и пе­реоценка им некоторых аспектов человеческих взаимоотношений, с соответствующими изменениями в его способах обращения с людьми, склонны быть медлен­ными и обрывочными. При благоприятных условиях обрабатывается почва сначала под одним углом, затем под другим. В лучшем случае прогресс идет по спира­ли. Сколь далеко заходит врач и сколь глубоко он ста­новится вовлечен - это личное дело для обоих сторон. Иногда одна или несколько сессий дают возможность пациенту или семье увидеть проблемы в новом свете или, возможно, дают подтверждение тому, что точка зрения, отвергаемая и высмеиваемая другими людьми, в действительности внушает доверие и может быть с выгодой принята. (Смотрите описания и примеры Caplan, 1964; Argles, Mackenzie, 1970; Lind, 1973; Heard, 1974). Особая ценность совместных семейных опросов состоит в том, что они дают возможность каждому члену семьи открыть, как смотрит на семей­ную жизнь каждый другой член семьи, и вместе про­двигаться в переоценке и изменении семейной жизни. Часто также они дают возможность всем членам се­мьи узнать, часто впервые, о тех несчастливых пере­живаниях, которые мог иметь в прошлые годы тот или другой родитель, в результате чего можно быстро понять, что настоящий семейный конфликт был след­ствием тех переживаний, идущих из далекого прошло­го. (Превосходный пример, в котором текущий супру­жеский кризис прослеживается к продолжающимся воздействиям неблагоприятного течения траура после утраты в детском возрасте, описан Paul, 1967). Однако имеется много других случаев, в особенности у паци­ентов, которые развили высоко организованное лож­ное собственное Я и стали компульсивно уверенными в своих силах или компульсивно подверженными за­ботиться о других людях, в которых может быть не­обходим намного более длительный период лечения, прежде чем станет заметно какое-либо изменение. Тем не менее, какой бы короткой или длительной ни была терапия, данные ясно говорят в пользу того, что если врач не готов войти в подлинное взаимоотно­шение с семьей или индивидом, нельзя ожидать ника­кого прогресса (Malan, 1963; Truax, Mitchell, 1971). Это влечет за собой, что врачу следует в той мере, в какой он может это делать, удовлетворять желание пациента в надежной опоре, в то же время осознавая, что его са­мые горячие усилия разобьются о то, чего хочет паци­ент и от чего он может получить выгоду; что ему следу­ет вступать в исследования пациента в качестве партнера, готового как вести, так и быть ведомым; что он должен быть готов обсуждать восприятие его паци­ентом и ту степень, до которой они могут быть или не быть подходящими друг другу, что иногда нелегко оп­ределить; и, наконец, что он не должен притворяться в противном, когда становится встревоженным по пово­ду пациента или раздраженным на него. Это особенно важно для тех пациентов, родители которых постоян­но симулировали привязанность для сокрытия глубо­ко укорененного их отвержения. Гантрип (1975) хоро­шо описал работу врача: “Она заключается, как мне представляется, в обеспечении надежного и понимаю­щего человеческого взаимоотношения такого типа, ко­торый устанавливает контакт с глубоко подавленным травматизированным ребенком таким образом, кото­рый позволяет [пациенту] становиться все более спо­собным жить, в безопасности нового реального взаи­моотношения, с травматическим наследством самых ранних формирующих лет, по мере его просачивания или прорыва в сознание”. Когда он принимает такую установку, врач подвер­гается риску определенных опасностей, о которых так­же следует знать. Во-первых, сильное стремление па­циента к надежной опоре и его мучительный страх того, что он будет отвергнут, могут делать его притязания настоятельно выраженными, так что с ними становит­ся трудно иметь дело. Во-вторых, что намного более серьезно, в ходе проявления этих требований пациент может использовать по отношению к врачу те же са­мые способы обращения, которые родитель мог ис­пользовать по отношению к нему, когда он был ребен­ком. Таким образом, мужчина, чья мать, когда он был ребенком, переворачивала взаимоотношение, требуя, чтобы он заботился о ней, и которая использовала ме­тоды воздействия, связанные либо с угрозами, либо с пробуждением чувства вины, чтобы заставить его по­ступать таким образом, может во время лечения ис­пользовать по отношению к врачу такие же способы воздействия. Очевидно, крайне важно, чтобы врач по­нимал, что происходит, прослеживал вглубь зарожде­ние используемых способов воздействия и сопротивлялся им, т. е. устанавливал границы. Однако чем более тонкими являются методы воздействия, связанные с пробуждением чувств вины, тем большее желание по­мочь испытывает врач и тем больше опасность того, что он втягивается в такие взаимоотношения. Я подозреваю, что последовательность такого рода объясняет многие случаи, описанные Балинтом (1968) как показывающие “злокачественную регрессию” и классифицируемые другими специалистами как пограничные состояния. Те клинические проблемы, которым они могут дать нача­ло, хорошо проиллюстрированы Мэйн (1957), а также Кохеном и др. (1954). Последняя группа указывает на опасность для врача непонимания того, когда ожидания пациента начинают становиться нереалистическими, потому что, когда становится ясно, что они не будут удовлетворяться, пациент может внезапно ощутить то­тальное отвержение и, вследствие этого, отчаяние. Так как теория привязанности имеет дело со столь многими одинаковыми проблемами, что и другие тео­рии психопатологии - проблемами зависимости, объектных отношений, симбиоза, тревоги, печали, нар­циссизма, травмы и защитных процессов - вряд ли удивительно, что многие терапевтические принципы, к которым она приводит, давно уже нам знакомы. Некоторые пересечения между выдвинутыми мной идеями и идеями Балинта (1965,1968), Винникотта (1965) и других были рассмотрены Педдером (1976) в связи с лечением депрессивного пациента с “ложным собствен­ным Я”. Другие пересечения концепций, например, эк­вивалентность концепции игры Винникотта (Winnicott, 1971) и тем, что здесь обозначено термином исследова­ние, были отмечены Хирдом (1978). Пересечения с идея­ми врачей, которые обращали особое внимание на роль, играемую в генезе эпизодических депрессий и многих других невротических симптомов, неудачи оплакивания родителя, утраченного в период детства или юности (на­пример, Deutsch, 1937; Fleming, Altschul, 1963), или при­мириться с попытками самоубийства родителя (Rosen, 1965), будут очевидны. Однако, хотя эти пересечения концепций достаточно подлинные, имеют место также важные различия как в акцентировании, так и в ориентации. Они частично связаны с тем, как мы понимаем место поведения привязанности в природе человека (или, по контрасту, как мы применяем концепции зависимости, оральности, симбиоза и регрессии), и частично с тем, ка­ким образом, по нашему мнению, человек приобретает определённые неприятные и несущие ему поражение способы взаимодействия с людьми из своего окруже­ния, или же неуместные представления, такие, как, на­пример, что он по своему существу неспособен сделать что-либо полезное или эффективное. Все те специалисты, которые мыслят в терминах за­висимости, оральности или симбиоза, относят выраже­ние желаний привязанности и поведения привязанности со стороны взрослого человека как результат его регрес­сии к некоему состоянию, которое считается нормаль­ным в период младенчества и детства, часто к поведению младенца, сосущего грудь матери. Это приводит врачей к разговору с пациентом о “детской части в нем” или о том, что “ребенок в тебе хочет любви или быть накорм­ленным” и к описанию человека, который плачет после утраты близкого человека, как находящегося в состоя­нии регрессии. Согласно моей точке зрения, все такие ут­верждения ошибочны как по теоретическим, так и по практически соображениям. Что касается теории, было сказано достаточно, чтобы сделать ясным, что я считаю желание быть любимым и получать заботу интегральной частью человеческой природы на всем протяжении взрос­лой жизни, а также ранее, и что выражение таких жела­ний должно ожидаться у каждого взрослого, особенно в периоды болезни или скорби. Что касается практики, представляется крайне нежелательным говорить о “дет­ских потребностях” пациента, когда мы пытаемся помочь ему восстановить его естественные желания в получении любви и заботы, которые, вследствие несчастливых пе­реживаний ранее в своей жизни, он пытался отрицать. Когда мы конструируем их как детские и говорим о них как о таковых, пациент легко может интерпретировать наши замечания как унизительные и напоминающие не­одобряющего родителя, который отвергает ребенка, пытающегося получить утешение, и называет его “глупым и избалованным”. Альтернативным способом говорить о желаниях пациента будет говорить о его стремлении быть любимым и получать заботу, которое есть у всех нас, но которое в его случае ушло в подполье, когда он был ре­бенком (по причинам, которые мы затем может быть в состоянии точно определить). (Проводимые мною различия идентичны с теми, которые прово­дил Неки (1976), сравнивающий ценность индийской культуры в отно­шении “сильных взаимозависимых членских привязанностей, воспиты­ваемых и переносимых во взрослую жизнь” с западной ценностью, “ориентированной на достижение независимости”. Его обсуждение того, как эти расходящиеся идеалы влияют на терапию в этих отношениях, следует линиям, очень схожим со схематически обрисованными здесь линиями рассуждения.) Вторая область отличий относится к тому, как, по нашему мнению, человек начинает использовать суп­руга и детей, а иногда также врача, для определенных неприятных давлений, например, угрожая самоубий­ством или используя более тонкие способы пробужде­ния вины. В прошлом, хотя эта проблема признавалась, не уделялось большого внимания той возможности, что пациент, научившийся тому, как осуществлять такие давления, так как он сам пострадал от них в детстве, теперь, сознательно или бессознательно, копирует сво­его родителя. Третья область различия имеет отношение к перво­причине длительного отчаяния и беспомощности. Тра­диционно она прослеживалась, почти исключительно, к воздействиям бессознательной вины. Тот взгляд, кото­рый я защищаю, находится в согласии с исследованиями Селигмэна усвоенной беспомощности (Seligman, 1975), и также совместим с традиционной точкой зрения, и со­стоит в том, что человек, который легко погружался в длительные состояния безнадежности и беспомощнос­ти, в период младенчества и детства неоднократно ока­зывался в ситуациях, в которых его попытки повлиять на родителей уделить ему больше времени, любви и пони­мания, встречали лишь резкий отказ и наказание.  Наконец, мы можем задать вопрос, какие данные у нас имеются, что терапия, проводимая в соответствии с обрисованными в общих чертах принципами является эффективной, и если это так, то в каких типах случаев? Ответ такой: у нас нет прямых данных, потому что ника­кие серии пациентов не подвергались лечению в точнос­ти вдоль этих линий, так что не было возможно никакое исследование результатов. Самое большее, что можно сказать, так это то, что определенные косвенные данные внушают надежду. Она проистекает от исследований эффективности кратковременной психотерапии и кон­сультирования людей, понесших тяжелую утрату близ­кого человека. В течение многих лет Малан (1963,1973) исследовал результаты кратковременной психотерапии (произволь­но определяемой как длящейся не более 40 сессий) и при­шел к заключению, что может быть выделена группа паци­ентов, которые склонны получать пользу от определенного типа психотерапии, черты которой также могут быть оп­ределены. Пациенты, склонные получить выгоду от тера­пии, это такие люди, которые во время нескольких первых бесед показывают себя способными смотреть в лицо соб­ственному эмоциональному конфликту и желают иссле­довать чувства и работать внутри рамок терапевтического взаимоотношения. Техника, оказавшаяся эффективной, была такой, в которой врач чувствовал себя способным по­нимать проблемы своего пациента и формулировать план; и в которой он был отзывчив к взаимоотношению переноса и четко его интерпретировал, обращая особое внимание на тревогу и гнев пациента, когда врач назначал дату оконча­ния терапии. В ходе повторного исследования Малан со своими коллегами пришли к тому же самому заключению. Кро­ме того, они обнаружили свидетельства того, что “важ­ным терапевтическим фактором является готовность па­циента быть вовлеченным в терапию таким образом, который повторяет детское взаимоотношение с одним или обоими его родителями, и его способность с помо­щью врача понимать, что происходит (Malan, 1973). Дальнейшее исследование той же самой группы, на этот раз пациентов, у которых наступает улучшение после всего лишь одного опроса, представляет добавочные дан­ные в поддержку этого заключения (Malan et al., 1975). Хотя теория психопатологии, используемая Маланом и его коллегами, в некоторых отношениях отлична от кратко обрисованной здесь теории, у них есть важ­ные сходства. Кроме того, как будет отмечено, имеет­ся значительное сходство между принципами той тех­ники, которую он находит эффективной, и теми принципами, которые мы защищаем здесь. Оценка эффективности консультирования лиц, по­несших тяжелую утрату, для вдов, относительно ко­торых имел место неблагоприятный прогноз, также внушает надежду. Среди вдов, которые получили опи­санную выше форму консультирования, было обна­ружено значительно большее их число, к концу три­надцати месяцев после утраты, развитие которых шло в благоприятном направлении, чем среди тех вдов в контрольной группе, не получивших консультирова­ния (Raphael, Maddison, 1976). Конечно, следует признать, что наметить в общих чертах принципы терапии намного легче, чем приме­нять их в постоянно изменяющихся условиях клини­ческой практики. Кроме того, сама теория привязан­ности все еще находится на ранней стадии развития, и еще предстоит проделать огромную работу в этом на­правлении. Среди приоритетных задач находится оп­ределение как диапазона тех клинических условий, для которых данная теория уместна, так и особых вариан­тов терапевтической техники, наилучшим образом под­ходящих для их лечения. Тем временем, те люди, которые принимают тео­рию привязанности, полагают, что как ее структура, так и ее отношение к эмпирическим данным теперь таковы, что полезность этой концепции может быть про­верена систематическим образом. В области этиологии и психопатологии она может использоваться для раз­вития специфических гипотез, которые связывают раз­личные формы семейного опыта с разными варианта­ми психиатрического расстройства, а также, возможно, с теми нейрофизиологическими изменениями, которые их сопровождают, как считает Гамбург со своими кол­легами (1974). В области психотерапии она может ис­пользоваться для уточнения терапевтической техни­ки, для описания терапевтического процесса и, при необходимости технических усовершенствований, для измерения изменений в отношении их развития. По мере продвижения исследований сама эта теория несомненно будет модифицироваться и развиваться. Это дает надежду на то, что с течением времени теория при­вязанности может оказаться полезной как один из компонентов внутри более обширной области психиатри­ческой науки, для развития которой Генри Модсли приложил максимум усилий.  Примечания  1. Другие клинически соответствующие области, к которым эффективно применялась теория привязанности, это ис­следование истоков связи мать-младенец в неонатальный период, проведенное Маршаллом Клаусом и Джоном Кеннемом (1976), исследование расстройств внутри супружес­кого взаимоотношения, проведенное Жанет Мэттинсон и Яном Синклером (1979) и исследование эмоциональных последствий супружеской разлуки, проведенное Робертом С.Вейссом (1975). Третий том работы “Привязанность и утрата ” должен быть опубликован в начале 1980 года. 2. В главах 4 и 20 работы “Привязанность и утрата ” в тре­тьем томе я дал краткий набросок того, как можно при­ближаться к защитным процессам в терминах обработки данных человеческой информации. Смотрите также мо­нографию Эммануэля Петерфрюнда (1971). |  | |  |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Copyright©2004  [www.terpsy.ru](http://www.terpsy.ru) [terpsy@terpsy.ru](mailto:terpsy@terpsy.ru) | Дизайн-идея сайта: [Ильченко Сергей](mailto:sergilch@narod.ru)  Программист: [Николаев](mailto:nikolaevoleg@mail.ru) |