

Боулби Джон

"СОЗДАНИЕ И РАЗРУШЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ"

Лекция 7.

Этиология и психопатия в свете теории привязанности

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, продолжают 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, Winnicott) 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.

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.

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 черты²:

- a) Специфичность. Поведение привязанности направлено на одного или немногих выделенных индивидов, обычно в явном порядке предпочтения.
- b) 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.
- c) 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.

² 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.

- d) **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.
- e) **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.
- f) **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 и 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.
- g) **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 взаимодействии, 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 из 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 приспособляют 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:

- постоянную невосприимчивость одного или обоих родителей к добивающемуся заботы поведению ребенка и/или его активное принижение и отвержение;
- прерывание родительской заботы, происходящее более или менее часто, включающее в себя периоды пребывания в больнице или детском учреждении;
- постоянные угрозы нелюбви к ребенку со стороны родителей, используемые как средство контроля над ним;
- угрозы родителей уйти из семьи, используемые ими либо как метод дисциплинирования ребенка, либо как способ принуждения партнера по браку;
- угрозы со стороны одного родителя бросить или даже убить другого родителя, или же покончить жизнь самоубийством (каждая из них более часто встречается, чем кажется);
- 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 различия одного от другого, чем относительно резкого различия 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)³.

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,

³ 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.

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 произвольно, 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. Много 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 несколько 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:

- 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;
- 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;
- 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;
- 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 обеих 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 обеих 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 можно 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 несчастных 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:

- 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;

- отказ от интерпретаций, которые обуславливают различные формы более или менее примитивных фантазий и вместо этого сосредоточение внимания на переживаниях в ходе реальной жизни пациента;
- 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;
- 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 раскаяние. 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 развиваться 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 обеих 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 травмированным 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 подлинны, 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 унижительные 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 Селигмана 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.