

# Теория привязанности и психоз

Маттиас Шваннауэр и Эндрю Гамли

---

## Введение

Психоз характеризуется серьезными и вызывающими чувство дистресса изменениями в самоощущении. Человек испытывает всепроникающее чувство межличностной угрозы в сочетании с уязвимостью, которая подрывает базовые представления о безопасности, защищенности, близости и привязанности. Психоз означает стигматизацию негативных жизненных траекторий, порождающих чувство безнадежности или запускающих защитное отрицание и изоляцию. Эмоциональное восстановление после психоза определяется интеграцией аффективного опыта, межличностной адаптацией и конструктивным поиском помощи перед лицом кризиса. Центральной теорией, разработанной для объяснения связи между эмоциональным расстройством, адаптацией и поиском помощи, является теория привязанности, которая стала одной из наиболее влиятельных концепций в психологии и легла в основу моделей развития человеческого поведения и взаимодействия, а также подходов к психопатологии и психотерапии. Мы утверждаем, что теория привязанности также обладает потенциалом помочь нашему пониманию ключевых процессов в развитии и поддержании психоза [Liotti and Gumley, 2009]. После краткого описания классификации паттернов привязанности в младенчестве и во взрослом возрасте в этой главе будет показано, каким образом теория привязанности может способствовать лучшему пониманию психоза. За этим последует описание того, как концепции и идеи из теории привязанности могут быть использованы для облегчения процесса выздоровления.

## Классификация стилей привязанности и психопатология

Стратегии ненадежной привязанности являются адаптивными и развиваются на протяжении всего детства, чтобы помочь индивиду справиться с неидеальным контекстом привязанности [Bowlby, 1988]. С точки зрения привязанности, существуют две ключевые межличностные группы стратегий, помогающие младенцу в неидеальной среде регулировать аффект и дистресс: деактивация аффекта (стратегии отвержения) или гиперактивация аффекта (стратегии озабоченности). Дезорганизованный (или неразрешенный) статус привязанности не является паттерном привязанности как таковым. Он относится к отсутствию или краху организованных стратегий привязанности из-за воздействия травмы и/или потери. Описание относится к младенцам, которых чаще всего воспитывают опекуны, которые либо пугают, либо сами напуганы, либо то и другое вместе. В этом контексте источник безопасности ребенка также является источником страха. Конфликт младенца между стратегиями приближения (безопасности) и избегания (страха) временно разрешается диссоциативным реагированием.

Джон Боулби предположил, что опыт взаимодействия с фигурами привязанности в детстве усваивается и переносится во взрослую жизнь в виде ментальных моделей, которые он назвал внутренними рабочими моделями [Bowlby, 1973]. Эти имплицитные структуры, встроенные в процедурные системы памяти, регулируют когнитивные, аффективные и поведенческие реакции во время последующих межличностных взаимодействий. Таким образом, с помощью внутренних рабочих моделей ранние отношения привязанности формируют прототип межличностных связей, действующий на протяжении всей жизни и действительно служащий для формирования характера и функционирования межличностных сетей индивидов. В целом хорошо известно, что ранние неблагоприятные переживания, такие как ранняя потеря и травма, тесно связаны с эмоциональными и психологическими проблемами во взрослом возрасте [Brown et al., 1986; Hofstra, van der Ende and Verhulst, 2002; Rutter, 2000] и с психозом, в частности, [Read et al., 2005]. Однако эта связь между ранней потерей и/или травмой и более поздней взрослой

психопатологией больше не понимается как вытекающая из прямой взаимосвязи между ранними неблагоприятными событиями и более поздней психопатологией. У значительного числа тех, кто переживает неблагоприятные события в детстве, не развиваются проблемы во взрослом возрасте. Считается, что связь между более ранним жизненным опытом и более поздней психопатологией находится под влиянием целого ряда различных факторов, в том числе того, как переживания обрабатываются и включаются в автобиографические нарративы — основная функция системы привязанности.

Было проведено множество исследований, описывающих влияние раннего опыта привязанности на межличностное функционирование индивидов и эмоциональную регуляцию [Fonagy, 1998; Fonagy et al., 2002]. Теории, описывающие причинно-следственные механизмы, связывающие переживания привязанности с более поздним межличностным функционированием и эмоциональной регуляцией, подчеркивают центральную роль концепций ментализации и рефлексивной функции [Fonagy, 1998; Fonagy et al., 2002]. Ментализация относится к “разумному мышлению”, которое представляет собой способность или готовность идентифицировать и понимать мысли и чувства, в том числе мысли и чувства других людей. Рефлексивная функция описывает процесс, посредством которого приобретает “разумность мышления”. Например, в младенчестве эта функция обеспечивается соответствующей настройкой лица, осуществляющего уход, и отражением (или зеркальным отражением) намеренных (продуманных) и эмоциональных выражений младенца. Эта социальная биологическая обратная связь помогает малышу в развитии символической репрезентативной системы второго порядка для организации своих аффективных и психических состояний и, таким образом, способности регулировать негативные и нежелательные эмоции. Отзеркаленное выражение и реакция лица, осуществляющего уход, смягчают аффект таким образом, что он отличается от основного переживания и отделяется от него. Младенец начинает ассоциировать позитивные изменения в своих эмоциях с контролем, который он имеет над этим процессом, что приводит к пониманию способности к саморегуляции. У взрослых рефлексивное функционирование проявляется в осознании природы

психических состояний и того, как они лежат в основе их поведения и поведения других людей [Fonagy, 1998].

Важную основу для понимания состояний сознания в отношении привязанности во взрослом возрасте предоставила работа Мэри Мэйн [Main, Kaplan and Cassidy, 1985; Main, 1990, 1999]. Эта концептуализация состояний сознания взрослых в отношении привязанности задает категории, аналогичные поведению привязанности младенцев. Надежная привязанность в младенчестве отражается в “свободно автономном” взрослом состоянии сознания привязанности. Взрослые с надежной привязанностью способны вести себя в отношениях гибко и открыто. Они способны открыто размышлять о собственном душевном состоянии и передавать информацию о нем без чрезмерных искажений или цензуры. Они также более способны размышлять о психических состояниях других людей и настраиваться на них. Автономные взрослые передают автобиографическое повествование, которое течет свободно, свежо, рефлексивно, чувствительно к контексту и в тесном сотрудничестве с другим человеком. Они реагируют на свои и чужие болезненные переживания, проявляя сострадание, прощение и теплоту.

Избегающая привязанность младенца ассоциируется с позицией взрослого, “отвергающего” привязанность. “Отвергающие” взрослые минимизируют и избегают переживаний, связанных с привязанностью, и поэтому автобиографические воспоминания о переживаниях привязанности, как правило, недостаточно проработаны. Способность “отвергающего” взрослого размышлять о собственном эмоциональном опыте и настраиваться на разум, намерения и психические состояния других людей снижается. Тревожная/амбивалентная привязанность младенца параллельна “озабоченной/запутанной” привязанности взрослого. В озабоченном состоянии сознания в отношении привязанности взрослые ценят привязанность, но не уверены в себе, задумчивы и испытывают дистресс. Часто взрослые с озабоченным состоянием сознания переживают о чувстве покинутости и отвержения. Наконец, дезорганизованное поведение детской привязанности предопределяет неразрешенную подкатегорию во взрослом возрасте, отражающую травму, связанную с потерей и жестоким обращением. Взрослые с дезорганизованным и неразрешенным типом привязанности, как правило,

демонстрируют дезорганизацию в регуляции аффектов и поведения, а также проблемы с контролем согласованности дискурса. Это характерно для конфликта стремления-избегания, который мы часто наблюдаем у взрослых, обращающихся за помощью в связи с прошлыми травмами и жестоким обращением. Однако важно отметить, что в большей или меньшей степени у всех нас есть нерешенные проблемы, связанные с привязанностью, и, следовательно, элементы нарушения регуляции. Просто в межличностном опыте некоторых людей — в результате обширной детской травмы — эти проблемы доминируют [Wallin, 2007].

## Привязанность и психоз

Все большее число исследований посвящается изучению теории привязанности и ее значимости для психологических моделей психоза [Berry, Barrowclough and Wearden, 2007; Read and Gumley, 2008]. Выборки людей с психозом, как правило, имеют более высокий уровень ненадежной привязанности, чем контрольные группы [Couture, Lecomte and Leclerc, 2007; Dozier, 1990; Ponizovsky, Nechamkin and Rosca, 2007], и есть некоторые данные, позволяющие предположить, что ненадежная привязанность может быть связана с более ранним началом психоза и более длительными периодами госпитализации. [Ponizovsky, Nechamkin and Rosca, 2007]. Исследования также выявили более высокий уровень ненадежной привязанности у людей с диагнозом психоз [Dozier et al., 1991; Mickelson, Kessler and Shaver, 1997; MacBeth et al., 2011]. Высокий уровень ненадежной привязанности, в частности отвергающей ненадежной привязанности, был выявлен при использовании различных методов оценки привязанности, как в первом эпизоде, так и в выборках из нескольких эпизодов. Люди с отвергающим стилем привязанности могут использовать стратегии минимизации и отвергающей регуляции аффекта, чтобы справиться с нарушенным аффектом, сопровождающим психоз, и адаптироваться к нему. Стратегии экстернализации, такие, как параноидальный бред или позитивные психотические симптомы, также могут быть описаны как попытка экстернализации эмоционального возбуждения при минимизации его воздействия. Кроме того, этот паттерн избегания привязанности и подавления межличностных

и эмоциональных расстройств может способствовать нашему пониманию развития негативных симптомов при психозе. Исследования с использованием показателей самоотчетов привязанности также обнаружили доказательства связи между избегающей привязанностью и негативными симптомами [Berry, Barrowclough and Wearden, 2007; Ponizovsky, Nechamkin and Rosca, 2007].

Растущее количество исследований теории привязанности и психоза касается не только взаимосвязи между привязанностью и симптомами, но также связи между ненадежной привязанностью и факторами, которые могут способствовать или препятствовать выздоровлению. Качество социальных отношений индивида — ключевой фактор, влияющий на течение психоза [Penn et al., 2004], и есть свидетельства связи между ненадежной привязанностью и трудностями в формировании отношений с другими в этой группе [Couture, Lecomte and Leclerc, 2007; Berry, Barrowclough and Wearden, 2007]. В большинстве исследований, посвященных изучению привязанности и межличностных отношений при психозе, рассматривалось влияние ненадежной привязанности на терапевтические отношения, возможно, потому что теория привязанности частично является теорией поведения, направленного на поиск помощи, а также из-за хорошо известного влияния качества терапевтических отношений на результат терапии [Horvath and Symonds, 1991]. В исследованиях использовались различные методы для оценки терапевтических взаимоотношений, в том числе взаимодействие со службами социальной, медицинской и психологической помощи, приверженность лечению, терапевтические взаимодействия, терапевтический альянс и привязанность к определенным службам [Berry et al., 2008; Blackburn, Berry and Cohen, 2010; Dozier, 1990; Dozier et al., 2001; Kvirgic et al., 2011; MacBeth et al., 2011]. Во всех этих исследованиях есть доказательства того, что ненадежная привязанность связана с большим количеством трудностей в терапевтических отношениях, и, в соответствии с ассоциациями между отвергающим паттерном привязанности и более серьезными симптомами, некоторые исследования показали, что отвергающая привязанность может особенно негативно влиять на вовлеченность в процесс терапии и терапевтический альянс [Dozier, 1990; Dozier et al., 2001; Berry, Barrowclough and Wearden, 2007; Kvirgic et al.,

2011; *MacBeth et al.*, 2011]. Если люди с отвергающим паттерном привязанности не обращаются за помощью в контексте начала психоза или его рецидива, это сужает возможности для раннего выявления и своевременного вмешательства. Воздействие такого избегания на семьи и команды по охране психического здоровья может привести к более вынужденным стратегиям вмешательства, таким как принудительная госпитализация. Такие стратегии, вероятно, только усиливают избегание и нежелание обращаться за помощью, а также препятствуют эмоциональному восстановлению клиента [*Gumley et al.*, 2010].

Возможно, легче формировать терапевтические отношения с людьми с озабоченной привязанностью по сравнению с людьми с привязанностью отвергающей, и есть свидетельства большего количества сообщений о симптомах и приверженности лечению в этой группе [*Dozier*, 1990; *Kvrgic et al.*, 2011]. Тем не менее поскольку озабоченная привязанность характеризуется чувствительностью к отвержению, она может быть ассоциирована с большим количеством расколов в альянсе или чрезмерной зависимостью в терапевтических отношениях [*Daniel*, 2006]. Существуют также данные, свидетельствующие о том, что важно учитывать взаимодействие между паттернами привязанности терапевта и клиента. Например, одно исследование, в котором принимали участие социальные работники и клиенты с тяжелыми и устойчивыми проблемами психического здоровья, показало, что пары социальных работников и клиентов, отличавшиеся с точки зрения своих стратегий привязанности, сообщали о лучшем терапевтическом альянсе и результатах, чем пары со схожими стратегиями привязанности [*Tyrell et al.*, 1999].

Теория потери и горя Джона Боулби также использовалась в качестве основы для понимания эмоциональной адаптации к психозу [*Bowlby*, 1980]. Нетипичные реакции на тяжелую утрату подразделяются на две отдельные области в континууме, варьирующемся от хронического траура до его длительного отсутствия [*Middleton et al.*, 1993]. С точки зрения привязанности, хронически скорбящий человек отражает озабоченного/тревожного индивида, предпринимающего настойчивые попытки сохранить близость или внимание любой фигуры привязанности, что является частью всеобъемлющей и устойчивой межличностной схемы. Это ослабляет чувства тревоги, дистресса и дезорганизации, связанные

с любой потерей или разлукой. Отсутствие горя, напротив, отражает отвергающего/избегающего человека. Джон Боулби рассматривал это как показатель “защитного исключения”, внутренний механизм преуменьшения эмоционального воздействия, чтобы свести к минимуму чувство дистресса [Bowlby, 1980]. Предполагалось, что эта стратегия должна была оставить фрагментированные осколки “сырых” воспоминаний и чувств о близком человеке. Люди, которые пытаются блокировать, минимизировать и отрицать возникновение психоза, были описаны как имеющие “изолирующий” стиль выздоровления.

Томас МакГлашан утверждает, что при выздоровлении от психоза люди принимают либо “изолирующий”, либо “интегративный” копинг-стиль выздоровления [McGlashan, 1987]. Первый характеризуется трудностью в распознавании и понимании психотических переживаний, а второй — распознаванием связей между предыдущими психотическими переживаниями и настоящим опытом. Люди с диагнозом психоз, как правило, чаще используют избегающие копинг-стратегии, то есть “изолирующий”, а не “интегративный” стиль, хотя последний связан с менее частыми рецидивами и лучшим социальным функционированием [McGlashan, 1987]. Люди, “изолирующие” свои переживания психоза, отделяют их от других сфер своей жизни и, таким образом, могут не испытывать эксплицитных воспоминаний о предыдущих эпизодах. В этом случае ассоциации могут быть более имплицитными. Следовательно, внутренние события, напоминающие о рецидиве, могут вызывать чувство страха [Gumley and MacBeth, 2006; Gumley, White and Power, 1999]. Согласно выводам, полученным из литературы о травмах [Ehlers and Clark, 2000; Schacter, Israel and Racine, 1999], люди, вероятно, будут бороться с поиском источников этих чувств (“аффект без воспоминаний”), и поэтому могут стать бдительными в отношении других форм угрозы, например, постоянно пытаюсь найти намеки на межличностную опасность.

Макс Берчвуд утверждает, что люди нуждаются во внутренней надежной базе для интеграции и изучения переживаний психоза [Birchwood, 2003]. Более ранние трудности в отношениях привязанности могут отрицательно повлиять на развитие этой внутренней надежной базы и, таким образом, привести к “изолирующему” стилю восстановления.



В поддержку этой теории обнаружены доказательства связи между ненадежной привязанностью и/или сообщениями о трудностях в более ранних отношениях с родителями и стилем выздоровления в ответ на психоз [Drayton, Birchwood and Trower, 1998; Tait et al., 2004; Mulligan and Lavender, 2009]. Этот изолирующий стиль восстановления также был связан с меньшим взаимодействием со службами социальной, медицинской и психологической помощи [Tait et al., 2004].

Как указано выше, паттерны привязанности и психоз на теоретическом уровне в значительной степени связаны попытками улучшить и развить современные представления о симптомах, социальных отношениях, взаимодействии со службами и о стиле выздоровления. Напротив, влияние ментализации и рефлексивной функции на переживание психоза, адаптацию к нему и выздоровление от него в значительной степени не изучено. Недостатки в соответствующей концепции внутренней модели сознания другого, однако, были связаны с шизофренией [Frith, 1992]. В настоящее время имеются убедительные доказательства того, что умение строить модель сознания “другого” нарушена у лиц с диагнозом шизофрения по сравнению с неклиническим контролем. Также имеются свидетельства, что это нарушение существует у клиентов, находящихся в стадии ремиссии, указывая на то, что это не просто следствие острых симптомов и оно может отражать более стабильный фактор уязвимости [Sprong et al., 2007]. Действительно, дефицит понимания чужого сознания был обнаружен у лиц с высоким генетическим риском развития шизофрении [Schiffman et al., 2004; Marjoram et al., 2006] и среди лиц с шизотипией [Pickup, 2006]. Описания модели психического состояния другого как формы когнитивных способностей, как правило, сосредоточены исключительно на когнитивных и рациональных аспектах, понимании и проницательности, в то время как связанные концепции рефлексивной функции и ментализации содержат сильный акцент на аффективных и реляционных компонентах поведения и социальных взаимодействий и исследованы хуже.

Рефлексивная функция и ментализация проистекают из взаимосвязи отзеркаливания аффекта, отражения собственного психического и эмоционального состояния индивида в состоянии других. Хорошо развитая рефлексивная функция связана со способностью формировать

и пересматривать мысли об убеждениях и чувствах, а также со способностью понимать точку зрения других людей. Эта способность позволяет успешно адаптироваться к важным жизненным событиям и меняющимся контекстам. Важно отметить, что обсуждаемые концепции теории сознания, рефлексивной функции, метапознания и ментализации описывают пересекающиеся и смежные области когнитивных, эмоциональных и реляционных способностей и осознания, а также делают дифференцирующий акцент на когнитивных, межличностных и аффективных аспектах, но иногда используются взаимозаменяемо. Существует острая необходимость в дальнейших исследованиях, чтобы прояснить, как эти концепции соотносятся друг с другом и связанными с ними механизмами.

На сегодняшний день единственным исследованием, в котором непосредственно изучались состояния привязанности и ментализация при психозе, является работа Ангуса Макбета, Эндрю Гамли, Маттиаса Шваннауэра и Ребекки Фишер [MacBeth, Gumley, Schwannauer and Fisher, 2011]. В небольшой выборке из 34 клиентов с первым эпизодом психоза авторы установили четкую связь между состояниями привязанности, основываясь на Опроснике привязанности взрослых, и рефлексивной функцией. Участники с ненадежной отвергающей привязанностью имели более низкие навыки ментализации, чем люди в группах с надежной и озабоченной привязанностями. Исследование также показало, что рефлексивная функция была связана с социальным взаимодействием. Это исследование не выявило прямой связи между рефлексивной функцией и психотическими симптомами, что может указывать на то, что, хотя люди испытывают трудности с ментализацией, эти трудности не сводятся к одному когнитивному дефициту или симптому. Скорее, трудности в понимании собственных мыслей и чувств, а также чувств других людей могут влиять на аффективный опыт психоза и социальное функционирование. Таким образом, мы утверждаем, что процессы ментализации являются важной целью в терапевтической работе.

## Последствия для психологического лечения

Раннее развитие, характеризующийся нарушением привязанности и/или травматическим опытом, приводит к созданию внутренних

рабочих моделей, которые могут быть скудными, чрезмерно ригидными или дезорганизованными. Это ведет к трудностям в саморефлексии, регуляции аффектов и понимании человеком своих психических состояний и психических состояний других людей. Психологическая терапия предоставляет возможность для корректирующего опыта, связанного с привязанностью, который потенциально может переориентировать поведение привязанности, усилить эмоциональное сдерживание и, следовательно, обновить внутренние рабочие модели. На протяжении всей терапии ориентация терапевта заключается в совместной разработке последовательного повествования о клиенте, которое оптимизирует эволюцию саморефлексии, выработку альтернативных полезных убеждений и оценок, а также развитие адаптивного преодоления трудностей и межличностного поведения. Поддерживая этот процесс, терапевт тщательно укрепляет терапевтический альянс и предоставляет клиенту безопасное убежище и надежную базу для изучения сложных вопросов. По этой причине сильный акцент делается на межличностном функционировании, поскольку оно разворачивается во внешнем контексте и внутренних представлениях клиента и в их развертывании в контексте терапевтических отношений. Дэниел Сигел предлагает пять основных элементов того, как лица, осуществляющие уход, могут способствовать формированию надежной привязанности у детей, находящихся под их опекой [Siegel, 1999]. Этими элементами являются: сотрудничество, рефлексивный диалог, восстановление, связные повествования и эмоциональное общение. Мы утверждаем, что эти элементы также являются ключевыми в терапевтической работе с людьми с диагнозом психоз.

### **Сотрудничество**

Надежные отношения основаны на совместном и тщательно настроенном общении. Терапевтические отношения занимают центральное место в терапии людей с психозом. Крепкий рабочий альянс становится важной основой для развития осознания клиентами собственного опыта и их понимания убеждений и намерений других людей. Что касается содействия сотрудничеству, ряд авторов, в том числе Джереми Холмс [Holmes, 2003], Тиррил Харрис [Harris, 2004] и Роберт Лихи

[Leahy, 2008] подчеркнули важность адаптации стиля терапии к стилю привязанности в первые несколько месяцев лечения. Собственный клинический опыт привел нас к выводу, что такой подход чрезвычайно полезен для поддержки выздоровления после психоза. В этом контексте существуют два центральных терапевтических процесса: они включают в себя развитие “безопасного убежища”, позволяющего чувствовать безопасность, выражать дистресс и обращаться за помощью в кризисной ситуации; и продвижение “надежной базы”, включающей в себя поощрение автономии, выбора, свободы, любопытства, мужества и сострадания. Сотрудничество основывается на балансе этих фундаментальных компонентов надежной привязанности. Например, на начальных этапах формулировка используется для укрепления терапевтической связи, тогда как позже формулировка и переформулировка понимания проблемы и общих целей может быть использована для выделения важных терапевтических задач или выявления взаимосвязи между событиями прошлого и текущими проблемами, что также очевидно в самих терапевтических отношениях. При формулировании трудностей клиента важно обратить внимание на качество его повествования и заметить его способность открыто размышлять и рассматривать прошлый опыт как важный в текущем контексте.

Сьюзен, 19-летняя клиентка службы психологической помощи после второго приступа психоза, столкнулась с трудностями при использовании возможностей, предлагаемых этой службой; ей было сложно посещать групповые собрания и мероприятия. После пребывания в стационаре она потеряла контакт со своими старыми друзьями и людьми, которых знала по колледжу. Рассказывая о своем опыте психоза, она также неохотно исследовала, как это повлияло на нее, в том числе как на молодую девушку. Учитывая нежелание Сьюзен исследовать переживания, первоначальное взаимодействие было сосредоточено на разработке терапевтической структуры как безопасного убежища для выражения проблем, связанных с важными целями, на использовании формулировки как средства сопоставления проблемных областей с целями и на уточнении терапевтических мероприятий. Использование временной шкалы, которая представляла собой карту, связывающую ключевые жизненные события, их влияние и частоту прибегания к социальной помощи, позволило Сьюзен рассмотреть

преимущества и недостатки отдаления от других людей и минимизации их влияния на нее. Непреднамеренным последствием этой стратегии “безопасного убежища” стало блокирование доступа к чувству поддержки и социальной связи и, в конечном счете, подрыв безопасности и защищенности за счет усиления одиночества и изоляции. Таким образом, Сьюзен смогла сформулировать цель терапии “надежной базы”, чтобы рассматривать новые социальные ситуации как отличные от прошлых событий, следить за взаимодействиями по мере их развития; связанная с этим цель состояла в том, чтобы использовать эти новые возможности взаимодействия со сверстниками, чтобы поделиться некоторыми из своих переживаний и открыто заявить о своем нежелании говорить о себе. Сьюзен обнаружила, что другие в целом положительно реагировали на нее, давая ей опыт и понимание того, что ее собственная оценка себя и своего опыта не обязательно совпадает с оценкой других.

### **Рефлексивный диалог**

Отношения “надежной базы” характеризуются настроенным общением, открытостью как к положительным, так и к отрицательным аспектам опыта; принятием боли и страданий в связи с переживаниями потери, разлуки, угроз и жестокого обращения; мыслью, что отношения могут на что-то влиять, и любопытством к природе отношений и их влиянию на психическое состояние и поведение. Рефлексивный дискурс обеспечивает основу, в рамках которой люди могут учитывать влияние своего опыта и создавать новые или измененные значения. Основное внимание уделяется внутреннему опыту человека, когда терапевт пытается осмыслить рассказы клиента, а затем передать свое понимание таким образом, чтобы помочь клиенту создать новые значения и по-новому взглянуть на свои эмоции, восприятие, мысли, намерения, воспоминания и убеждения. Примером использования повествования клиента как средства понимания его внутреннего опыта и способности к рефлексии является привлечение внимания к эмоциональному контексту и другим сопоставимым эмоциональным переживаниям, чтобы облегчить повторное или совместное конструирование опыта с другой точки зрения, используя текущие чувства, возникающие при мысли об этом событии. Такие вопросы, как “можете ли вы вспомнить другие

ситуации, в которых чувствовали нечто подобное”, “оглядываясь назад, скажите, что, по вашему мнению, чувствовал X, когда вы...” или “что, на ваш взгляд, могло бы произойти, если бы вы...”, могут использоваться для выявления мыслей и эмоций, связанных с прошлым опытом, отражающих текущие чувства по поводу событий и учитывать важность эмоционального опыта человека сейчас, при реагировании на аналогичные сложные или огорчающие ситуации. Рефлексивный диалог может происходить только в контексте безопасного убежища, и, таким образом, при налаживании сотрудничества возможен переход к более рефлексивному режиму дискурса.

### **Восстановление**

Когда нарушается настроенная коммуникация, основное внимание следует уделить совместному восстановлению, позволяющему клиенту поразмыслить над недоразумениями и разрывами в его межличностном опыте. Нарушенная коммуникация угрожает безопасному убежищу, и фокусировка внимания на восстановлении позволяет сосредоточиться на проблемах, целях и стратегиях перемен. В рамках структуры безопасного убежища могут быть обнаружены и исследованы межличностные проблемы и разрывы, которые в противном случае не могли бы быть вызваны добровольно или рассказаны самим клиентом. Это важно, если учесть, что клиент может иметь избегающий тип привязанности и не знать о возможных проблемах.

Факторы процесса, как те, что выражены в концепциях, полученных из психодинамической терапии (перенос и контрперенос), могут быть использованы в рамках терапии как средство для обеспечения рефлексивного функционирования терапевта, особенно в отношении того, как его собственные реакции могут способствовать выздоровлению клиента или препятствовать ему. Установление сдерживающих и отражающих терапевтических отношений позволит терапевтическим изменениям происходить в межличностном контексте, который сам по себе может обеспечить необходимый и в то же время корректирующий эмоциональный опыт. В этом контексте может быть полезно подумать о возможных разрывах и “застревании” в терапии в терминах привязанности. Например, клиент с дезорганизованным или неразрешенным

состоянием привязанности может втянуть терапевта в очень сильные, но фрагментированные и противоречивые рассказы о прошлом опыте. У клиентов также может быть склонность отождествлять терапевта с другими важными людьми в их жизни и предполагать, что терапевт будет относиться к ним так же, как люди в прошлом. В этих случаях жизненно важно уметь занимать ментализирующую позицию и сохранять “дистанцию наблюдения”, идентифицируя и вербализуя то, что в данный момент происходит между клиентом и терапевтом, в том числе идентифицировать чувства обоих. В контексте состояния неразрешенной привязанности психотерапевт может заметить, что у него возникает искушение предложить решения или действовать, преждевременно переформулировав повествование клиента, вместо того чтобы заметить свое стремление разрешить дистресс клиента посредством действия и, таким образом, отразить неспособность клиента в данный момент справиться с дистрессом. Выражая словами испытываемый аффект и подчеркивая его важность для их общей с клиентом способности думать о влиянии переживаний, терапевт с большей вероятностью продвинет сессию вперед, чем сосредоточившись на деталях или содержании повествования.

### **Связные повествования**

Связь прошлого, настоящего и будущего занимает центральное место в развитии автобиографического самосознания человека. Разработка последовательных повествований в рамках терапии направлена на то, чтобы с течением времени помочь человеку развить гибкую способность интегрировать свой как внутренний, так и внешний опыт. Этого можно достичь, сосредоточив внимание на конкретных деталях автобиографической памяти в описании клиентом конкретного события, сопротивляясь тенденции абстрагироваться или обобщать опыт и тщательно отделяя чувства в прошлом от чувств, вызванных воспоминаниями и их вербализацией.

Согласованности в совместном построении повествования можно достичь, сосредоточив внимание на точке зрения клиента в прошлом, например, сопоставляя чувство вины, испытываемое сейчас в связи с межличностной травмой, с возможностями понимания того, что

происходило в то время, когда клиент был моложе. Терапевтическое повествование дает представление об уровнях обработки и понимания, достигнутых клиентом, и может быть использовано для фокусировки терапевтического дискурса. Например, при обсуждении травмы нередко повествование становится фрагментированным, трудным для понимания и скудным. Это сигнал терапевту о наличии проблемных или неразрешенных переживаний. Травма и потеря могут нарушить развитие связного повествования; при обращении к сильному негативному влиянию следует проявлять осторожность. Терапевту необходимо работать с клиентом и тщательно учитывать его способность регулировать сильный негативный аффект в контексте терапевтических отношений.

### **Эмоциональное общение**

Терапевт внимательно следит не только за когнитивным содержанием повествования, но и за эмоциональными коммуникациями клиентов. Сосредоточив внимание на проявлении негативных или болезненных эмоций во время сессий, терапевт соответствующим образом общается и поощряет клиента к саморефлексии, пониманию, принятию и успокоению. В своем процессуально-эмпирическом подходе к психотерапии Пол Гринберг и его коллеги подчеркнули терапевтические задачи, облегчающие эмпирическую, а не концептуальную обработку событий [Greenberg et. al., 1993]. Путь к терапевтическим изменениям лежит через эмпатическое исследование терапевтического нарратива, распознавание аффекта, прямо или косвенно в нем выраженного, и через способность терапевта размышлять о процессе осмысления и интерпретации аффекта, содержащегося в отчете клиента. В рамках этой системы ухода, обеспечиваемой терапевтом, ключевые аспекты надежной привязанности характеризуются эмпатией, прощением, состраданием и способностью различать видимость и реальность. Таким образом, существует эксплицитная попытка помочь человеку развить внутреннюю позицию сострадания и самоуспокоения по отношению к своему предыдущему опыту и к самому себе. Терапевт работает совместно с клиентом, чтобы развить и укрепить эти недостаточно развитые стратегии заботы о себе. Как часть этого процесса, развитие этих навыков в отношениях с самим собой и другими людьми связано с изменениями в убеждениях



клиентов о себе и о других. Например, когда становится очевидным, что клиентка склонна быть очень самокритичной и пренебрежительно относиться к собственному поведению и реакциям, говоря о конкретных переживаниях, полезно открыто заметить это в ходе сессии и привлечь ее внимание к изменениям в эмоциях и самооценке.

Характеристики безопасного убежища и надежной базы активно используются для содействия разработки терапевтических стратегий. Культивирование ориентации на безопасную базу предполагает развитие таких качеств, как смелость, открытость, любопытство и желание исследовать, в то время как безопасное убежище предполагает развитие сонстройки, принятия, заботы, эмпатии, теплоты, сострадания, прощения. Важнейшей терапевтической задачей является нахождение баланса между этими двумя областями, которые помогают клиенту реагировать на болезненные мысли, чувства и воспоминания с помощью надежной привязанности. Это можно реализовать благодаря различным техникам, направленным на развитие когнитивных, эмоциональных навыков, навыков внимания и поведения [Gumley et al., 2010; Gumley and Clark, 2012].

## **Значение для служб социальной и психологической помощи**

Теория привязанности неоценима для формулировки стратегий восстановления, основанных на ненадежности и угрозах, в контексте отношений терапевта и клиента. Однако работа с людьми с диагнозом психоз также требует скоординированного междисциплинарного реагирования на потребности клиентов. Кажется неразумным работать с человеком, чтобы поощрять и развивать его поведение, направленное на поиск помощи, если помощь, которую он получает, не является той, к которой он стремился в первую очередь. Фредерик Гудвин и его коллеги предположили, что ключевой функцией междисциплинарных команд является содействие созданию “надежной базы” путем обеспечения непрерывности и последовательности ухода, предоставления чувствительных и адекватных реакций на аффективный дистресс и обеспечения эмоционального сдерживания во время кризиса [Goodwin et. al.,

2003]. Важнейшая задача для служб — развитие потенциала по обеспечению безопасного убежища для клиентов, чтобы они могли обратиться за помощью, когда чувствуют дистресс и угрозу. Это включает в себя развитие способности представителей служб терпеливо выслушивать болезненные и наполненные дистрессом истории, одновременно реагируя настроенным и отзывчивым образом. Кроме того, службам необходимо сбалансировать безопасное убежище с надежной базой, поддерживая клиентов в развитии автономии, выбора, любознательности и желания исследований. Достижение такого баланса в рамках служб может создать особые вызовы в развитии сотрудничества и обеспечении возможности выбора услуг клиентами, а также позитивного принятия ими рисков. Теория привязанности обеспечивает согласованную структуру, в рамках которой можно понять эти связанные с восстановлением проблемы.

## Заключение

Мы уже показали, что теория привязанности является основой для понимания процессов, связанных с восстановлением после психоза. Хотя необходимы дальнейшие изыскания, чтобы максимально использовать потенциал теории привязанности в этой области, обнадеживает тот факт, что наблюдается рост эмпирических исследований, демонстрирующих связь между ненадежной привязанностью и симптомами психоза, а также ключевыми факторами, связанными с заблокированным выздоровлением, такими как терапевтические отношения, “изолирующий” стиль выздоровления и более слабые навыки ментализации.

Мы утверждаем, что терапевтические отношения — ключевое средство, способствующее выздоровлению от психоза. Они создают контекст безопасности и доверия для развития связного повествования и усиления продуктивных копинг-стратегий. Психотерапевтической основой этого может быть как сенсбилизация, так и толерантность к аффекту, что позволяет повысить способность к ментализации. Процесс не лишен своих проблем. У некоторых людей создание безопасного убежища/надежной базы может вызвать чувство уязвимости и угрозы, за которыми следуют явно противоречивые или неожиданные эмоциональные

реакции или копинг-стратегии, сами по себе вызывающие путаную или бесполезную реакцию со стороны служб медицинской, социальной и психологической помощи, что может привести к непреднамеренному подтверждению негативных ожиданий от других. Явно противоречивые реакции необходимо понимать и исследовать в контексте жизни человека. Это работа по применению теории привязанности к выздоровлению с точки зрения преодоления основных блоков и страхов, связанных с принадлежностью. Создание надежной базы для восстановления обеспечивает мост для обращения за помощью, развития толерантности к дистрессу и уменьшения чувства дистресса в будущем с глубокими последствиями не только для отдельных терапевтов, но и для того, как службы отражают их собственные полезные (и бесполезные) реакции на отдельных людей и их семьи.