

## Глава 16 РАССТРОЙСТВА ПРИВЯЗАННОСТИ

Образцы привязанности детей к своим родителям и другим воспитателям имеют огромное значение для развития, так как качества этих избирательных привязанностей предсказывают последующее развитие. Как обсуждается в главе 28, дети с образцом ненадежной привязанности во многих сферах психологического и социального развития имеют тенденцию преуспевать меньше, чем надежно привязанные дети. Образец ненадежной привязанности лучше всего рассматривать как фактор риска психосоциальной неприспособленности, а не как расстройство само по себе; многие ненадежно привязанные дети хорошо адаптированы к своей среде, и у них не возникает никаких психиатрических проблем. С другой стороны, небольшое количество детей проявляет чрезвычайно аномальный образец привязанности, приводящий к выраженному страданию или социальным нарушениям; можно полагать, что у этих детей имеется расстройство привязанности.

### Разновидности расстройства привязанности

И МКБ-10 и DSM-IV признают две разновидности расстройства привязанности:

- (1) **Дезингибированное (расторможенное).** Относительно хорошо определенная клиническая картина в МКБ-10 называется «расторможенным расстройством привязанности», а в DSM-IV - «реактивным расстройством привязанности расторможенного типа». Ребенок действительно ищет утешения, когда расстроен, но у него нет нормальной избирательности по отношению к людям, к которым он обращается. Социальные взаимодействия с незнакомыми людьми плохо модулированы: в младенчестве обычно цепляние, в раннем или среднем детстве – стремление привлечь внимание и неразборчиво дружелюбное поведение. В исследованиях накапливаются доказательства обоснованности расторможенного расстройства привязанности, которое обычно связано с неоднократной заменой воспитателя в первые годы жизни, в т.ч. частой заменой приемной семьи или же воспитанием в детском доме с высокой текучестью персонала.
- (2) **Ингибированное.** Эта плохо определенная клиническая картина в МКБ-10 называется «реактивным расстройством привязанности», а в DSM-IV – «реактивным расстройством привязанности, ингибированный тип». Определение настолько неудовлетворительно, что оказалось почти невозможным проводить по этой теме стоящие исследования. Согласно клиническим описаниям, при ингибированном расстройстве привязанности социальные взаимодействия ингибированы, амбивалентны или сверхбдительны. Так, ребенок может отвечать воспитателям смесью приближения, избегания и сопротивления утешению или может выказывать застывшую настороженность. Такие дети склонны быть несчастными, им недостает эмоциональной отзывчивости, и они могут агрессивно реагировать на страдание - свое собственное или другого человека. Ингибированные расстройства привязанности обычно приписывают жестокому обращению в первые годы жизни, но эта связь не доказана, к тому же в прослеживающих исследованиях жестокого обращения с детьми симптомы расстройства привязанности обычно не выявляют.

### Диагноз

Согласно классификациям МКБ-10 и DSM-IV, имеют значение следующие диагностические критерии:

- (1) **Тяжесть.** Дети не привязаны ни в каком осмысленном значении. У них нет прочных взаимоотношений с людьми, которые предоставляют им «надежную основу» и «безопасное убежище».

- (2) **Устойчивость.** Seriously испорченных взаимоотношений с одним конкретным родителем или другим воспитателем недостаточно. Проблемы привязанности должны проявляться с несколькими разными воспитателями.
- (3) **Страдание или недееспособность.** Расстройства привязанности вызывают у ребенка устойчивое страдание или социальную недееспособность - отчасти из-за недостатка нормальных взаимоотношений привязанности, а отчасти вследствие более широкого ряда сопутствующих социальных трудностей (например, из-за плохих взаимоотношений со сверстниками).
- (4) **Начало в возрасте до пяти лет.** Наряду с аутизмом, это одно из немногих психических расстройств, которые могут быть диагностированы у ребенка трех лет и младше.
- (5) **Не аутистическое.** Нарушенные социальные отношения ребенка нельзя отнести к расстройству аутистического спектра (см. главу 4). Существенные данные – отсутствие других аутистических нарушений, таких как ритуалистическое и повторяющееся поведение и трудности в общении. Кроме того, при взаимодействиях с нормальными взрослыми обычно проявляется некоторая способность к социальной взаимности и отзывчивости. Однако в крайних случаях социальный потенциал ребенка может быть незаметен до тех пор, пока он или она живет в неблагоприятных социальных обстоятельствах. Тогда реакция на более благоприятную воспитательную среду имеет диагностическое значение. Например, быстрое появление социальной отзывчивости и взаимности в приемной семье указывает на расстройство привязанности, а не на аутистическое расстройство.
- (6) **Умственный возраст более 10-12 месяцев.** У детей с тяжелой генерализованной недостаточной обучаемостью избирательные привязанности могут отсутствовать просто потому, что эти дети еще не достигли умственного возраста, когда они в норме появляются. Это не является основанием для дополнительного диагноза расстройства привязанности.
- (7) **Патогенное попечение.** Согласно критериям DSM-IV, требуется аномальная воспитательная ситуация, представляющая либо неоднократную замену основного воспитателя, что препятствует образованию стабильных привязанностей, либо устойчивое пренебрежение основными эмоциональными или физическими потребностями ребенка. МКБ-10 также разъясняет, что расстройство привязанности обычно связано с патогенным попечением, но не ставит это диагностическим требованием. Это позволяет устанавливать диагноз у межгосударственно усыновленных детей, которые соответствуют всем остальным критериям, но об истории их воспитания мало что известно.

### Дифференциальный диагноз

Расторможенность и неразборчивое дружелюбие можно также видеть при тяжелых гиперактивных расстройствах (СДВГ, гиперкинез), мании и после повреждения лобной доли, например вследствие тяжелой закрытой травмы головы. Торможение можно также видеть при социальной фобии и застенчивости, и хотя обычно заметно, что застенчивые и социально тревожные дети привязаны к своим родителям; при наличии тяжелой генерализованной недостаточной обучаемости это может быть трудно установить.

### Расстройства привязанности vs. ненадежная привязанность

Привязанность была одной из ключевых тем в исследованиях развития на протяжении десятилетий, так что о надежной и ненадежной привязанности написано очень много (см. главу 28). Чем расстройства привязанности отличаются от ненадежной привязанности? Во-первых, разительно отличаются частоты: примерно 40% детей классифицируются как ненадежно привязан-

ные, тогда как расстройства привязанности обнаруживаются редко. Во-вторых, ребенок может быть ненадежно привязан к одному ключевому воспитателю (например, к матери), но не к другим (например, к отцу), тогда как расстройства привязанности представляют проблемы распространяющиеся и тяжелые. В-третьих, ненадежная привязанность не обязательно приводит к страданию или социальным нарушениям, тогда как расстройство привязанности - приводит. И, наконец, характерные симптомы расстройства привязанности (особенно расторможенного расстройства привязанности) не соответствуют ни одному из признанных подтипов ненадежной привязанности, в т.ч. и ненадежной дезорганизованной привязанности типа D.

## Оценка ребенка

Проводя оценку ребенка, у которого может быть расстройство привязанности, недостаточно провести одну из стандартных оценок надежности привязанности, например процедуру Эйнсуорт «Незнакомая ситуация» (см. главу 28), которая, во всяком случае, надежна только до двух лет. Важно тщательно собрать историю болезни у нескольких информантов и понаблюдать ребенка в разных обстоятельствах. Основное внимание направлено на разные аспекты привязанности.

- (1) **Безопасное прибежище?** У ребенка есть люди, к которым можно обратиться в тяжелую минуту, чтобы получить утешение и вновь обрести доверие? Дети с расстройством привязанности могут не искать утешения, быть амбивалентными, или могут искать утешения необычными способами, например подходя к воспитателю задним ходом, а не приближаясь, смотря прямо в глаза.
- (2) **Надежная основа?** Ребенок может отважиться выйти исследовать мир, возвращаясь к фигуре привязанности, когда это необходимо для безопасности? Ребенок с расстройством привязанности может быть чрезмерно заторможен по поводу исследования, а может быть расторможенным исследователем без должного внимания к своей собственной безопасности.
- (3) **Связь любви?** Ребенок с расстройством привязанности может выказывать отсутствие любви или неразборчивую любовь.
- (4) **Избирательность?** Ребенок использует явно незнакомых взрослых в качестве фигур привязанности, обращаясь к ним за утешением, цепляясь за них или показывая им неуместную любовь?
- (5) **Обращение ролей?** Ребенок ведет себя как воспитатель по отношению к ключевым взрослым или чрезмерно их контролирует?

При полной оценке, кроме того, требуется установить, в каком возрасте начались проблемы, а также тип и качество воспитания в настоящее время и в прошлом. Нужно также принять во внимание более широкие социальные нарушения. Например, насколько хорошо ребенок контактирует с другими детьми? Он (или она) склонен игнорировать или атаковать других детей, когда расстроен? Также совершенно необходимо искать признаки аутистических нарушений и тяжелой генерализованной недостаточной обучаемости. Это возможные дифференциальные диагнозы, которые необходимо исключить, чтобы соблюдались диагностические критерии расстройства привязанности. Возможно, нужно также принять во внимание гиперкинез или травму мозга как альтернативное объяснение чрезмерной фамиллярности со взрослыми, расторможенного исследования и плохих взаимоотношений со сверстниками. Тем не менее, ни гиперкинез, ни травма мозга не могут объяснять неспособность искать утешение у фигуры привязанности при страдании.

## **Оценка полученного воспитания**

Необходимо тщательно собрать историю болезни, начиная с рождения. Следует сосредоточиться на постоянстве главных воспитателей в сравнении с числом замен, и на качестве предоставляемого воспитания, включая тепло, эмоциональную доступность, а также враждебность и жестокое обращение. Следует тщательно расспросить информантов, которые хорошо знают ребенка. Помимо непосредственных воспитателей это могут быть патронажные сестры и родственники. Следует провести прямое наблюдение взаимодействия между ребенком и его (или ее) нынешним воспитателем на предмет нечуткого и несоответствующего реагирования и необычного поведения ребенка.

## **Течение и прогноз**

Естественную историю расстройств привязанности еще надо формально изучить. Тем не менее, можно сделать некоторые предварительные выводы из прослеживания детей, которые провели свои ранние годы в учреждениях или были ненадежно привязаны. В целом представляется, что ранние проблемы привязанности в наибольшей степени могут мешать дружеским и интимным отношениям; немного реже - приводить к поведенческим проблемам; и наименее вероятно затрагивать когнитивное развитие. Влияние ранних трудностей с привязанностью становится меньше, когда социальные обстоятельства детей изменяются к лучшему, например, когда их усыновляют в стабильную и заботливую семью, но оно не снимается полностью. Если со временем у них будут свои собственные дети, станут ли они, в свою очередь, пренебрегающими или жестокими родителями? Это может отчасти зависеть от их обстоятельств во взрослом возрасте, а отчасти – от того, насколько они примирились со своим прошлым: признавая, что были брошены своими воспитателями, смогли пройти это и двинуться дальше.

## **Ведение**

Главная цель ведения – улучшить воспитательную среду детей. Часто основной вклад специалистов по психическому здоровью детей – предоставить социальным службам и судам соответствующую консультацию по этому вопросу. Если ребенок в настоящее время подвергается плохому обращению и помочь нынешним воспитателям измениться, то потребуются альтернативное размещение. Если ребенок прошел череду краткосрочных размещений в приемные семьи или вырос в учреждении с постоянно меняющимся персоналом, то ему (или ей) нужно предоставить возможность образовать прочные привязанности – в идеале с постоянными приемными родителями или усыновителями. Вмешательства, основанные на привязанности, разработаны для лечения целого ряда тяжелых трудностей во взаимоотношениях, доказано, что они с умеренным успехом уменьшают формы ненадежной привязанности в младенчестве, но принесут ли эти подходы пользу детям с расстройствами привязанности - в настоящее время неясно.

## **Обзор по теме**

O'Connor T.G. (2002) Attachment disorders of infancy and childhood In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 776-792.

## **Дополнительное чтение**

Attachment and Human Development (2003) Abingdon: Taylor, Francis. (3 выпуск 5 тома этого журнала – дополнительный выпуск по расстройствам привязанности.)

Zeanah C.H. (1996) Beyond insecurity: a reconceptualization of attachment disorders of infancy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 42-52.