

О.П. Мостовая, к.м.н., Винницький національний медичний університет ім. Н.І. Пирогова

# Переписывая детскую психиатрию

## Теория привязанности

Продолжение, начало в № 3, 2010 г.

В предыдущей статье «Переписывая детскую психиатрию» я хотела поднять тему такого изменения в практике детской психиатрии, когда врачи не констатировали бы диагнозы у детей, а исследовали развитие расстройств, планировали и контролировали процесс выхода из патологических состояний. Во время чтения отрывка из романа «Шевалье де Мезон-Руж» А. Дюма-отца мы имеем возможность пережить чувство человека с наиболее тяжелым из тикозных расстройств — синдромом Жиля де ля Туретта.

Тикозное расстройство меньшего масштаба встречается чуть ли не у каждого человека в течение его жизни — когда у нас «связаны руки» и «нас никто не слышит», а при этом нам грозит «убийственное наказание» (в романе А. Дюма описано состояние Марии-Антуанетты перед казнью).

В «обычном тикозном расстройстве» также присутствуют эти три компонента:

- «связанные руки» — необходимость быть неподвижным по отношению к собственным импульсам;
- ощущение «меня никто не слышит» — родители делают то, что считают нужным, и нечувствительно или агрессивно реагируют на желания ребенка;
- угроза наказания — страх наказания, разрушающего ощущения любви от родителей.

При этом синдром Туретта — это стойкий высокогенерализованный тикозный синдром, который развивается чаще всего как реакция на ангедонию родителей — их неспособность получать удовольствие, в том числе от ребенка, которые наказывают ребенка за это.

Тикозное расстройство чаще всего развивается у мальчиков. Это безвыходное состояние образуется от недовольства родителей или одного из них (ключевого) тем, что происходит, когда мальчик двигается. Недовольство также возникает от того, что ребенок перестает двигаться и выглядит нерешительным и неинициативным.

Данное явление в глубинной психологии называется «жестокое деструктивное к Эго (Я) Супер-Эго (сверх-Я)». Смысл таков: Супер-Эго — часть психологического мира ребенка, образованного культурой и правилами родителей, — в данном случае они никогда не довольны тем, как ребенок это выполняет. Чтоб он ни сделал, всегда подвергается недовольству, критике, а не восхищению или одобрению.

Для достаточно глубокого понимания того, как это явление создается в нашей жизни, предлагаю следующую главу.

### Смысл жизни, установление гомеостаза и «пейсмекерные» нарушения

Смысл существования человеческой цивилизации мы можем только предполагать. Возможно, это способ поддерживать стабильность земной оболочки. Смысл жизни каждого из нас — находиться в заданном режиме, поддерживать некий гомеостаз. Этот режим задается задолго до рождения человека, внутри матки. Перед рождением человек достигает идеального положения дел. Он целиком находится в постоянном тепле, наиболее оптимальном для организма. Это тепло создается околоплодными водами — средой более ощутимой, чем воздушная.

Королева проследила за ним глазами. Она не могла говорить — шум заглушал ее голос. Она не могла показать пальцем, руки были связаны. Впрочем, если бы даже она и смогла показать, и если бы даже ее смогли услышать, то все равно просьба ее была бы бесполезной.

Она создает ощущение опоры во всех отделах организма, а также обеспечивает контакт с кожей сбалансированного набора веществ. Внутриматочное положение устроено таким образом, что человек не может удариться, падать, задевать опасные предметы, сталкиваться с ними. Ему не бывает больно, и ему не надо следить за окружающим миром, чтобы избежать повреждений.

Когда он голоден, он становится сытым тут же. Также автоматически из положения жаждущего (после рождения — нуждающегося в жидкости) он быстро переходит в положение «не чувствующего жажды». Питательные вещества так же, как и кислород, поступают через пуповину. Плод может двигаться и останавливаться, как только появляется соответствующая потребность в этом. Активность и успокоение имеют разные причины и смысл. Они могут смешиваться, быть различной глубины, приурочиваться к определенным действиям. Так, одновременно может происходить процесс насыщения (еды) и сон; телесное замещение и слуховая активность; сон и «кувыркание»; телесное беспокойство и психическая активность. Такие же сочетания наблюдаются и в последующей жизни, но их постоянно приходится разделять.

Одним из важнейших явлений внутриутробной жизни является то, что человек в этот период не бывает один, но и не строит отношения. Более того, он пребывает в состоянии получения всего, в чем нуждается, от матери. Для матери в этом тоже есть свой смысл — ее организм рассчитан на то, чтобы делиться. Мужской организм не предусмотрен для того, чтобы каждое необходимое для другого вещество было извлечено из его вестств.

После рождения ребенка положение дел меняется кардинально. Он выкинут наружу из удобной и теплой матки, но перед рождением переживает момент, когда вследствие его роста увеличиваются потребности и готовность к внematочной жизни, — matka становится тесной и удушающей. В первую очередь из-за недостатка кислорода. Схватки у матери, как работа аппарата искусственной вентиляции легких, — попытка накачать кислород ребенку, недополучающему его, и в то же время это — акт изгнания. Ребенок появляется на свет в состоянии полной беспомощности, не зная предназначения предметов и связей между ними.

С этого момента вся коллизия человеческой жизни колеблется между двумя полюсами — ощущением блаженства (как в матке) и ощущением абсолютной беспомощности. Формирование «маточного» ощущения и его «рассыпание» регулируется следующим образом. Мозг с момента рождения ребенка начинает строить связи между всеми участками коры головного мозга, «нижним» и спинным мозгом. Условно эти зоны мозга можно разделить на четыре части: затылочная, в которой строятся зрительные образы; височная — «слуховые образы»; теменная — «двигательные»; и телесные образы и лобная — «мысленные» образы. Затылочная область слева объединена с височной — «принимающим» центром речи; лобная с височной — производящим центром речи. В то же время все

корковые процессы «подвязаны» к физическим, чувственным, бессознательным.

Установление этих связей производится через таламус как работа ткацкого станка. Каждый предмет и деталь окружающего мира устанавливаются как зрительный, слуховой, чувственный, идеаторный образ в определенный момент жизни, в определенном контексте, ритме, темпе, направлении. Каждая такая ниточка — нейронная цепочка, охватывающая комплекс ощущений во всех актуальных частях мозга. Установление такой цепочки происходит в результате активации и вовлечения органа, отвечающего за создание «маточного» ощущения и его прекращение. Эта миндалина — сложный орган, влетенный в таламические ядра.

Миндалина продуцирует злость, ярость и возмущение, которые возникают после рождения. Ниточки, которые плетутся для связной работы мозга, успешны тогда, когда миндалина успокаивается. Это возникает в двух случаях — чувствования большого количества чувств, действующих против злости, или много приятного, или еще большая злость, блокирующая миндалину. Эти два направления при достижении успеха закрепляются пейсмекерным действием ретикулярной формации — активирующей и напоминающей сети.

Пейсмекерное повторение играет роль в установлении привычного поведения. Если привычное поведение невозможно установить из-за противоречий в требованиях или недовольства родителей любым самостоятельным действием ребенка, то пейсмекерная система начинает работать «вхолостую», что приводит к стереотипиям, затем к появлению навязчивых действий и мыслей, а также — тиков.

Поэтому тикозное расстройство так часто (до 60% случаев) сочетается с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, то есть нарушением способности ребенка выбирать главное в своей деятельности, концентрировать на этом внимание и сдерживать другую активность ради достижения успеха.

Таким образом, мы получаем повод, чтобы задуматься о качестве взаимодействия между ребенком и опекающими его взрослыми. Здесь нам придется обратиться еще к одной ключевой теории — теории привязанности. Какой процесс должны пройти мать и ребенок, чтобы у ребенка не было подергиваний из-за «связанных» рук, спонтанных звуков из-за страха не быть услышанным и услышанным неправильно.

### Теория привязанности

Теорию привязанности сформировал в своих работах британский психоаналитик Джон Боулб (1907-1990). В исследовании привязанности у детей младшего возраста Боулби выявил, что она является центральной мотивационной силой, и привязанность между матерью и ребенком — необходимое средство взаимодействия между людьми, имеющее важные последствия для последующего развития и личностного функционирования. Так как дети младшего возраста монотропны, у них наблюдается тенденция привязанности к одному человеку, но они могут также формировать привязанности к нескольким людям, например, также к отцу или другому человеку, ухаживающему



О.П. Мостовая

за ним. Привязанность развивается постепенно, ее развитие базируется на желании ребенка быть рядом с человеком, которому отдается предпочтение в связи с его силой и способностью уменьшить тревогу или дистресс. Таким образом, привязанность дает ребенку ощущение защищенности. Процессу формирования привязанности способствует взаимодействие между матерью и ребенком. Количество времени, проведенного вместе, при этом менее значимо, чем уровень активности в отношениях между ними.

Привязанность может быть определена как эмоциональный ток между детьми и людьми, которые их опекают, и базируется на том, что ребенок хочет быть рядом с человеком, который его опекает, обычно с матерью. На протяжении первого месяца жизни дети, как правило, начинают демонстрировать поведение, показывающее близость к желаемому человеку.

В развитии привязанности выделяют следующие фазы.

В первую фазу, иногда называемую предпривязанностью (от рождения до 8-12 нед) ребенок ориентируется на мать, следит за ней глазами в диапазоне до 180°, поворачивается в направлении голоса матери и двигается ритмично с ним.

Во время второй фазы, называемой «привязанность в ходу» (от 8-12 нед до 6 мес), дети привязываются к одному или нескольким людям из своего окружения.

В третью фазу привязанности, которая называется «понимаемая привязанность» (от 6 до 24 мес), ребенок плачет и демонстрирует другие симптомы дистресса при отделении от матери или другого человека, ухаживающего за ним. У некоторых детей эта фаза может начинаться раньше (в 3 мес). При возвращении к матери дети прекращают плакать, так как приобретают уверенность, что вернулись к матери. Иногда ребенку достаточно только увидеть мать (а не возвращаться к ней), чтобы перестать плакать.

Во время четвертой фазы (25 мес и старше) фигура матери воспринимается как независимая, и между матерью и ребенком развиваются более комплексные отношения.

Мэри Эйнсворт расширила представления Боулби и выявила, что взаимодействие между матерью и ребенком на протяжении периода привязанности значительно влияет на поведение ребенка в настоящем и будущем. Модели привязанности отличаются у разных детей. Например, некоторые дети плачут меньше, чем остальные. Реагирование на сигналы ребенка, например укачивание, если ребенок плачет, способствует тому, что в последующие месяцы ребенок плачет меньше. Тесный телесный контакт ребенка с матерью, когда он подает ей сигналы, также ассоциирован с развитием уверенности в себе, когда ребенок станет старше. Поведение матери, которая не реагирует на сигналы ребенка, способствует развитию тревожности у ребенка. У таких матерей, как правило, ниже уровень интеллекта, они менее эмоционально зрелые и моложе тех матерей, которые реагируют на сигналы ребенка.

### Виды нарушения привязанности

Эйнсворт описала три главных типа незащищенной привязанности: незащищенность-избегание, незащищенность-амбивалентность или незащищенность-дезорганизованность. При формировании незащищенности-избегания ребенок, перенесший контакт с резкими или агрессивными родителями, старается избегать тесного контакта с людьми. Он находится рядом с людьми, которые обеспечивают ему уход, а не стремится к ним непосредственно в случае угрозы.

Для ребенка с незащищенностью-амбивалентностью игры, связанные с изучением окружающей среды, трудны даже при отсутствии опасности. Такие дети цепляются за своих родителей, поведение которых переменчиво.

Незащищенность-дезорганизация формируется у детей, родители которых демонстрируют «эмоциональное отсутствие» в развитии ребенка, что связано с несформированными эмоциональными отношениями с родителями в их собственном детстве. В случае возникновения опасности у таких детей возникает необычное, странное, эксцентричное поведение. В соответствии с выводами Эйнсворт дезорганизация — тяжелая форма незащищенной привязанности и возможный прекурсор тяжелых расстройств личности и диссоциативных феноменов в подростковом и раннем зрелом возрасте.

### Формирование управления тревогой

Эйнсворт также подтвердила, что привязанность способствует снижению тревожности. Этот феномен она назвала «базисный эффект защищенности», который позволяет детям двигаться от объектов привязанности к исследованию окружающей среды. Неодушевленные объекты, такие как игрушечный медвежонок или шерстяное одеяло (так называемые транзитивные, или переходные, объекты по Дональду Винникотту), также способствуют формированию «основы защищенности». Эти вещи сопровождают детей в исследовании окружающего мира.

### Формирование контроля над тревогой в зависимости от чувствительности родителей к сигнальным индикаторам

Теория Боулби о тревоге подразумевает, что ребенок ощущает дистресс во время отделения от человека, опекающего его, и это ощущение переносится ребенком как тревога или как ее прототип. Любые раздражители, которые могут беспокоить ребенка и вызывать у него страх (громкий шум, падение, холодный воздух), мобилизуют сигнальные индикаторы (плач). Эти индикаторы должны вызвать ответ матери — она укачивает и успокаивает ребенка. Способность матери уменьшать тревогу или страх ребенка — фундаментальный фактор роста привязанности у ребенка. В дальнейшем, когда мать открыта для ребенка, и ребенок перерос отсутствие страха, он приобретает ощущение защищенности в противовес тревоге. Если мать недоступна для ребенка из-за физического отсутствия или из-за психологических нарушений, у ребенка развивается тревога.

Тревога отделения ребенка от матери, которая проявляется как плач и возбужденность, — ответ ребенка, который изолируется или отделяется от матери или от человека, который за ним ухаживает. Чаще всего она встречается в возрасте от 10 до 18 мес и исчезает к концу третьего года жизни. Несколько ранее (к 8 мес) появляется тревога, связанная с незнакомцами, с появлением любого другого человека, кроме ухаживающего за ним.

### Сигнальные индикаторы

Сигнальные индикаторы — это симптомы дистресса у ребенка, которые

побуждают мать к поведенческому ответу. Первичный сигнал — плач. Три типа сигнальных индикаторов: голод (наиболее часто), гнев и боль. Некоторые матери различают эти индикаторы по плачу, но большинство матерей воспринимает плач из-за голода как проявление дистресса от боли, фрустрации или гнева. Другие сигнальные индикаторы, усиливающие привязанность, — это улыбка, гуление или взгляд. Звук голоса взрослого может вызывать эти индикаторы.

### Нарушения привязанности

Нарушения привязанности характеризуются как биопсихосоциальная патология, развивающаяся вследствие отсутствия контакта с матерью, отсутствием опеки и взаимодействия с матерью или опекуном.

Ведущую роль в том, чтобы не сформировалось расстройство привязанности, играют:

- чувствительность матери к сигнальным индикаторам;
- способность родителей вместе развивать у ребенка умение справляться с тревогой;
- постоянство опекающих людей в период жизни ребенка до 3 лет.

Сводные данные о формировании привязанности представлены в таблице.

### Дезорганизованное или диффузное, расторможенное расстройство привязанности детского возраста

Особое проявление аномального социального функционирования, которое возникает в первые годы жизни и, установившись, обнаруживает тенденцию к стойкости, несмотря на заметные изменения в окружающей обстановке. В возрасте около 2 лет это расстройство обычно проявляется «прилипчивостью» в отношениях с диффузными, избирательно направленными привязанностями. К возрасту 4 лет диффузные привязанности остаются, но прилипчивость обнаруживает тенденцию замещаться претендующим на внимание и неразборчиво дружеским поведением; в среднем и позднем детстве у ребенка могут или не могут быть развиты избирательные привязанности, но направленное на привлечение внимания поведение часто сохраняется, и обычными являются плохо модулированные взаимодействия со сверстниками; в зависимости от обстоятельств могут также иметь место сопутствующие эмоциональные или поведенческие расстройства. Синдром наиболее отчетливо выявлен у детей, воспитываемых в спешечужденных с младенчества, но он встречается и в других ситуациях; полагают,

реакции в большей степени уменьшаются, если ребенок помещен в нормальную среду воспитания, что предусматривает наличие постоянного отзывчивого воспитателя. Этого не бывает при РСА.

— Хотя у детей с реактивным расстройством привязанности может отмечаться нарушенное речевое развитие (типа описанного в рубрике МКБ F80.4), они не проявляют патологических особенностей общения, характерных для аутизма.

— В отличие от аутизма реактивное расстройство привязанности не сочетается с постоянным и тяжелым когнитивным дефектом, заметно не реагирующим на средовые изменения.

— Стойко ограниченный, повторяющийся и стереотипный тип поведения, интересов и деятельности не является признаком реактивного нарушения привязанности.

Реактивное расстройство привязанности почти всегда возникает в связи с грубо неадекватной заботой о ребенке. Это может принимать форму психологически жестокого обращения или пренебрежения.

### Клинический пример

Девочка 5 лет, долгожданная для родителей. В первый год жизни мать необы-

Таблица. Сводные данные о формировании привязанности

	Надежная привязанность	Избегающая привязанность	Сопrotивляющаяся привязанность	Дезорганизованная/ дезориентированная привязанность*	Контролирующее поведение
<b>А. «Незнакомая ситуация»</b>					
Разлучение (отделение)	Может испытывать, а может и не испытывать беспокойство ограничивает исследовательскую активность	Редко проявляет признаки дистресса	Сильно огорчается	Непоследовательное и странное поведение например, демонстрирует изумление, боязливость, ведет себя в странной или противоречивой манере	Имеет место инверсия ролей, когда ребенок берет на себя роль заботящегося о нем человека это происходит либо в негативной форме предъявление деспотических требований, либо в позитивной форме, проявления преувеличенной озабоченности
Воссоединение	Радостно приветствует заботящегося или легко поддается его утешению, если был обеспокоен	Игнорирует или избегает заботящегося человека	Сопrotивляется близости или демонстрирует амбивалентное поведение, требуя близости, но в то же время отталкивая заботящегося человека		
Исследование	Свободно исследует окружающую среду	Поглощен исследовательской активностью до исключения контакта с другими людьми	Ограниченная исследовательская активность		
Основные характеристики	Чувствует себя в безопасности, проявляет доверие, свободно выражает эмоции	Проявляет преждевременную независимость	Сосредоточен на заботящемся человеке	Отсутствие единой стратегии того, как вести себя с заботящимся человеком	
<b>Б. Характер заботы</b>	Сенситивная: быстрая, адекватная, теплая реакция на потребности младенца	Сдержанность (холодность) с гневом (раздражение), возникающие во время близости	Непредсказуемость: реагирование исходя из собственных потребностей или актуальных на данный момент чувств	Сбивающие с толку сигналы или неадекватные реакции на младенца	

\*Поведенческие проявления привязанности не связаны с конкретной фазой теста «Незнакомая ситуация».

В МКБ-10 как патологические выделены два типа расстройств привязанности.

### Реактивное расстройство привязанности детского возраста

Это расстройство, которое встречается у младенцев и маленьких детей, характеризуется стойкими нарушениями социальных взаимосвязей ребенка, что сочетается с эмоциональными расстройствами и является реакцией на изменения в средовых условиях. Характерными являются боязливость и повышенная настороженность, которые не исчезают при утешении. Типичны плохое социальное взаимодействие со сверстниками, очень часто агрессия к себе и другим; обычным является страдание, а в некоторых случаях встречается отсутствие роста. Синдром, возможно, возникает как прямой результат серьезного проявления родительского пренебрежения, жестокого обращения или серьезных ошибок в воспитании.

что он частично обусловлен стойким недостатком благоприятной возможности развивать избирательные привязанности как следствие чрезмерно частых перемен воспитателей. Концептуальное единство синдрома зависит от раннего начала диффузных привязанностей, продолжающегося плохого социального взаимодействия и отсутствия ситуационной специфичности.

Особенно важен дифференциальный диагноз с расстройствами спектра аутизма (РСА):

— Дети с реактивным расстройством привязанности имеют нормальную способность к социальному взаимодействию и откликаемости, в то время как при РСА — нет.

— Хотя патологический тип социальных реакций при реактивном расстройстве привязанности является вначале общим признаком поведения ребенка в различных ситуациях, аномальные

чаинно тревожна к физическим проблемам ребенка, и все процедуры, назначаемые врачами, выполняет с огромной тщательностью, несмотря на то что дочка кричит при этом до посинения. В последующем у матери не формируется контакт с ребенком, и она периодически эмоционально «взрывается» и не может остановиться. Ребенок плохо спит ночью, отказывается ходить в детский сад, легко «взрывается» при неудачах.

Как это ни парадоксально — долгожданный ребенок у взрослой пары получил в своем развитии ненадежную привязанность. И как неадекватно выглядит в этом контексте периодическое лечение ребенка гопаненовой кислотой, глицерином и т.д.! Положительные изменения возникли лишь тогда, когда мать прошла курс глубинной аналитически ориентированной психотерапии в сочетании с семейным консультированием.

Продолжение следует.

