

КЛИНИЧЕСКАЯ  
ПСИХОЛОГИЯ

РОЛЬ ТИПА ПРИВЯЗАННОСТИ  
В ГЕНЕЗЕ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ:  
ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ. ЧАСТЬ I

© 2006 г. Е. С. Калмыкова\*, М. А. Гагарина\*\*, М. А. Падун\*\*\*

\*Кандидат психологических наук, старший научный сотрудник  
лаборатории психологии посттравматического стресса ИП РАН, Москва

\*\*Ассистент кафедры социально-политических наук Финансовой академии при Правительстве РФ, Москва

\*\*\*Кандидат психологических наук, научный сотрудник  
лаборатории психологии посттравматического стресса ИП РАН, Москва

Проводится теоретический анализ проблемы генеза аддиктивного поведения. Основным психологическим фактором такого поведения является снижение способности аддикта обозначать и регулировать собственные аффективные состояния, заботиться о себе и поддерживать самооценку. Главная роль в формировании у ребенка способности к регуляции аффектов отводится матери или другому заменяющему ее человеку. На основе проведенного анализа литературы авторы формулируют гипотезу о роли отношений привязанности в генезе аддиктивного поведения и успешности реабилитации. Предполагается, что ненадежная привязанность матери становится психологическим фактором риска возникновения аддикции, а также играет негативную роль в процессе реабилитации.

*Ключевые слова:* аддикция, аддиктивное поведение, наркомания, надежная и ненадежная привязанность, травматизация.

**Понятие аддиктивного поведения.** Аддиктивное поведение традиционно рассматривается в рамках клинической психологии и психиатрии как “психическое и поведенческое расстройство вследствие употребления психоактивных веществ”. Термин “аддикция”, вернее, “аддикт” происходит от латинского *addicere* – “благоволить”, “способствовать”. Аддикция в современной научной литературе определяется как пристрастие к некоторому веществу или роду деятельности, которое включает не подающееся контролю стремление принимать это вещество или практиковать вид деятельности для достижения желанного психического эффекта. В русском языке имеются эквиваленты – “зависимость” и “зависимое поведение”, – которые, с одной стороны, вполне адекватно отражают суть дела, а именно зависимость психического состояния субъекта от возможности (у)потребления внешнего объекта, но, с другой – могут легко ввести в заблуждение, поскольку в общеупотребительном значении обычно относятся к взаимодействию с предметами одушевленными (людьми или реже животными). В то же время совершенно точным и не вызывающим сомнений является понятие “химическая зависимость”, которое применимо не ко всем видам аддиктивного поведения: нарушения пищевого поведения, пристрастие к азартным и компьютерным играм, Интернету, kleptomания, будучи нарушениями контроля за побуждениями,

также характеризуются непреодолимостью влечений, ненасытностью и импульсивной обязательностью исполнения. Иными словами, эти расстройства подпадают под понятие “аддикция”, хотя и не связаны ни с каким конкретным веществом. Понятие же “химическая зависимость” применяется в случае употребления как психоактивных веществ, так и медицинских препаратов, в том числе не оказывающих психоактивного воздействия (например, химическая зависимость от таких распространенных лекарств, как аспирин, слабительные средства и т.п.).

В нашей работе речь пойдет о химической зависимости от различных наркотических веществ не лекарственного происхождения (полинаркотическая зависимость). Мы будем использовать термины “химическая зависимость”, “аддиктивное поведение” и “аддикция” в качестве синонимов для обозначения такой фазы развития зависимого поведения, когда уже сформирована физическая зависимость от психоактивного вещества (ПЗВ), следуя тому, как это определяет Американский словарь по психиатрии [26].

В психиатрии клинические признаки химической зависимости описаны достаточно четко и относятся к конкретным субстанциям – алкоголю, седативным средствам, опиатам, каннабиоидам и т.д. Различают следующие виды зависимостей: алкоголизм, хронический алкоголизм, дипсома-

ния, наркомания, токсикомания, лекарственное пристрастие. При этом зависимость от психоактивных веществ понимается как болезненный процесс, закономерно проходящий через последовательные стадии – начальную, среднюю и конечную (МКБ-10). Для постановки диагноза выделяются следующие диагностические критерии: а) сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему вещества; б) сниженная способность контролировать начало, окончание приема вещества или его дозу; в) состояние отмены, или абстинентный синдром, возникающее, когда прием вещества уменьшается или прекращается; г) повышение толерантности к эффектам вещества, заключающееся в необходимости увеличения дозы; д) поглощенность употреблением вещества, которая проявляется в том, что ради его приема аддикты полностью или частично отказываются от других важных альтернативных форм наслаждения и интересов; е) продолжающееся употребление вещества вопреки явным признакам вредных последствий.

Среди различных типов химической зависимости наиболее изучена – и, по эпидемиологическим данным, наиболее распространена – алкогольная зависимость [5, 11, 18]. Исследования наркотической зависимости имеют более короткую историю, однако и здесь накоплен достаточно большой фактологический материал, поскольку социальная острота проблемы наркотизации побуждает к поиску порождающих ее причин и средств борьбы с ее последствиями.

**Психологические факторы развития аддиктивного поведения.** Что касается этиологии химической зависимости, то этот важный вопрос плохо поддается изучению. В целом, исследователи из разных отраслей знания считают, что аддикция возникает как результат сложного и плохо предсказуемого взаимодействия наследственных, биохимических, социальных и индивидуально-психологических факторов [8, 10, 17, 23, 40]. Цель настоящей работы – выявить психологические факторы риска формирования аддикции. Для этого рассмотрим сначала данные о психологических особенностях аддиктов, а затем обратимся к проблеме формирования аддиктивного поведения и химической зависимости. Мы полагаем, что важную роль в формировании аддиктивного поведения играют ранние отношения ребенка со значимыми другими, в первую очередь – с матерью. На материале уже имеющихся исследований мы покажем, какие основания существуют для такого предположения. Этому посвящена первая, теоретическая часть работы, а во второй будут представлены результаты эмпирического исследования матерей аддиктов.

В литературе имеются многочисленные описания характеристик аддиктивных личностей и осо-

бенностей их социального поведения. Различные исследователи отмечают, что независимо от характера аддикции у людей, страдающих этим расстройством, наблюдается снижение ряда психических функций, прежде всего – способности к саморегуляции и контролю над импульсами. В первую очередь это касается неспособности регулировать поведение, связанное с употреблением психоактивного вещества, что является одним из основных симптомов при постановке соответствующего диагноза (компульсивная потребность приема вещества, см. выше критерий (а)). Кроме этого аддикт в меньшей степени способен регулировать свои аффективные состояния, нежели психически здоровый человек, и психоактивное вещество он использует именно в целях улучшения эмоционального состояния. Далее, при этом расстройстве наблюдается снижение способности заботиться о себе и защищать себя от опасности, следствием чего является персистирующее (т.е. вновь и вновь реализуемое) саморазрушительное поведение: продолжающийся прием психотропного вещества ведет к очевидному снижению адаптации в социальной жизни, повторяющимся конфликтам с законом, приему вещества в ситуациях физической опасности [20, 21, 47]. Наконец, аддиктам свойственна неадекватная самооценка и неудовлетворительная способность выражать словами свои переживания и намерения; поведенчески это иногда проявляется в том, что больные жалуются на полное отсутствие чувств, а иногда – на непереносимые чувства, о которых невозможно никому рассказать [44]. Отношение к себе у страдающих химической зависимостью характеризуется нестабильностью и хронически занижено, что часто маскируется демонстративной самодостаточностью и показной уверенностью в своей правоте.

Поскольку в исследованиях, как правило, речь идет о людях, у которых уже сформировалась какая-либо зависимость, неясно, следует ли считать перечисленные психические свойства причиной возникновения аддикции или же, напротив, ее следствием. Иными словами, необходимо выяснить, являются ли описанные характеристики аддиктивных личностей преморбидными. Если да, то можно ли предположить, что наличие этих характеристик выступает психологическим фактором риска возникновения зависимости; или же, напротив, они формируются вследствие химической зависимости и представляют собой ее патологическое проявление.

Известно, что подобные временные расстройства психических функций и основывающегося на них поведения по отдельности могут встречаться и у людей, не подверженных аддикции; чаще всего это ситуации, когда человек подвергается воздействию сверхсильной стимуляции, и присущие ему зрелые способы совладания оказываются не-

эффективными. Так, в острой психотравмирующей ситуации люди склонны к импульсивному и немотивированному поведению, а также не способны совладать с аффектами; в ситуации хронического стресса может произойти снижение способности заботиться о себе. Эти регрессивные состояния возникают в ответ на опасные или фрустрирующие события и уступают место более зрелым способам реагирования по мере устранения угрозы для жизни. По мнению многих авторов, в личностной структуре страдающих той или иной аддикцией отсутствуют или в недостаточной мере представлены зрелые способы совладания с тревогой и фрустрацией [12, 13, 44]. Иными словами, отсутствие эффективных способов преодоления фрустрации и переработки идущих извне воздействий, а также склонность к соскальзыванию на регрессивный модус совладания, присущий более ранним стадиям психического развития, рассматриваются как характерная преморбидная черта аддиктивных личностей. Следовательно, есть основания полагать, что перечисленные выше особенности аддиктивных личностей, такие, как снижение контроля над импульсами, недостаточная способность к регуляции аффекта и т.д., также являются преморбидными, т.е. сформировавшимися до начала заболевания и независимо от него. Именно эти особенности, как утверждает ряд исследователей, становятся одним из факторов риска возникновения аддикции, поскольку употребление психоактивного вещества создает у субъекта иллюзию контроля над чувствами и заботы о себе, избавляет от неприятных переживаний, связанных с низкой самооценкой [28]. Анализ литературы, посвященной роли личностных особенностей аддиктов в процессе возникновения и функционирования химической зависимости, позволяет прийти к следующему заключению: сниженная способность к регуляции импульсов, аффектов, самооценки, по-видимому, представляет собой преморбидную характеристику аддиктивных личностей, которая поддерживается и, возможно, усиливается сформировавшейся аддикцией.

Что касается этиологии химической зависимости, причин и механизмов ее формирования, то здесь следует отметить, что единой общепринятой теории формирования аддикции пока нет. Поскольку в данном процессе задействованы факторы разного уровня, конечный результат, т.е. аддикция, возникает вследствие их взаимодействия. Учесть же все сложности такого взаимодействия в рамках общей теории невозможно, для этого потребовалась бы математическая модель. Однако отдельные «пофакторные» концепции существуют и позволяют с известной долей вероятности если не предсказывать возникновение химической зависимости у конкретного индивида, то выявлять предрасположенность к ней. При этом бессмыслен вопрос о том, какие именно

факторы играют решающую роль в появлении аддикции: значение имеет их сочетание в жизни индивидуума – наличие предрасположенности, например, на уровне генетических факторов может повысить риск возникновения аддикции при попадании человека в неблагоприятную социальную среду, однако не детерминирует неотвратимость аддикции. Иными словами, каждый из факторов риска обладает относительным весом и может оказаться решающим, несмотря на незначительную выраженность всех прочих детерминант. Поэтому целесообразнее говорить о причинах и факторах возникновения предрасположенности к аддикции, имея в виду, что не всякая предрасположенность разовьется в аддиктивное расстройство поведения и клинически диагностируемую химическую зависимость.

Так, наличие наследственной предрасположенности к наркологическим заболеваниям не вызывает сомнений. Не вдаваясь в детальный анализ данного фактора и связанных с ним многочисленных работ (это выходит далеко за пределы наших интересов), укажем на исследования моно- и дизиготных близнецов, а также детей алкоголиков в приемных семьях (см., например, [1, 36]), убедительно свидетельствующие о том, что генетические особенности можно рассматривать как фактор риска формирования аддикции. Возможными маркерами наследственной предрасположенности являются: высокий уровень эмоциональной нестабильности и напряженности, выраженная межполушарная асимметрия с подавлением активности правого полушария, изменение кругооборота нейромедиаторов катехоламиновой природы. Генетическая предрасположенность проявляется также в более быстром формировании физической и психической зависимости, в степени тяжести абстинентного синдрома и клинической картине заболевания в целом [24].

Обширный материал накоплен и по поводу социально-психологических факторов предрасположенности к аддикции, затрагивающий в первую очередь влияние семьи и ближайшего социального окружения. Здесь мы ограничимся анализом данных по наркотической зависимости; все они совпадают в том, что важным фактором возникновения зависимости у субъекта являются какие-либо нарушения в жизни его родительской семьи (речь идет в основном о людях в возрасте от 15 до 30 лет, у которых собственной семьи, как правило, нет). Можно выделить следующие аспекты: 1) нарушение структуры семьи – неполная семья (изначально или вследствие развода), деформированная семья (с отчимом или мачехой); 2) нарушения функционирования семьи (хронические конфликты между родителями, дезадаптивные стили родительского воспитания, особенности коммуникации с матерью, асоциальные семьи); 3) наличие психопатологической симптоматики у

одного или обоих родителей, в том числе химической зависимости. Американский исследователь В. Джейнес [39] приводит данные обширного исследования влияния развода родителей на потребление алкоголя их детьми, в котором приняли участие 24599 школьников обоего пола. Было установлено, что дети, чьи родители развелись недавно (в течение последних четырех лет), были склонны употреблять алкоголь в более высоких дозах и чаще появлялись в школе нетрезвыми, чем дети давно разведенных родителей или дети из полных семей. В работе С.В. Березина с соавторами указывается, что 51% наркоманов рос в неполных или деформированных семьях [2]. По данным Е.О. Смирновой с соавторами, для детей из неполных семей характерны сниженная самооценка, негативное самоощущение, сниженный эмоциональный тонус [22]; сам развод, по данным других авторов (см., например, [48]), оказывает длительное психотравмирующее воздействие на детей.

Хронические родительские конфликты ведут к тому, что ребенок либо чрезмерно вовлечен в отношения между родителями и используется одним из них как средство в борьбе против другого, либо, наоборот, испытывает дефицит заботы и интереса с их стороны. В обоих случаях эмоциональные потребности самого ребенка оказываются вне сферы внимания родителей и не получают необходимого удовлетворения. Понятно, что конфликты родителей или отсутствие одного из них влияют на ребенка не только сами по себе, но и через неизбежное изменение взаимоотношений родителей с ребенком. Е.А. Назаров по результатам своего исследования приходит к заключению, что среди семейных причин наркотизации существенными являются: отвержение и эмоциональная дистанцированность родителей, а также спутанность и непоследовательность в межпоколенных отношениях [19]. В работе А.Е. Личко [17] описаны основные стили воспитания, способствующие развитию девиантного, в том числе и аддиктивного, поведения. К ним относятся, с одной стороны, такие способы взаимодействия родителя с ребенком, которые проистекают из эмоционального отвержения ребенка – от гипопротекции до воспитания вне семьи (в интернате), а с другой – способы, связанные с жестким контролем родителей над ребенком, так или иначе ведущие к его инфантилизации и дефициту самоконтроля.

Характерные особенности коммуникации матери с ребенком, а именно – отсутствие между ними открытости и возможности диалога, недостаточное сочувствие и понимание со стороны матери также являются предпосылками возникновения аддиктивного поведения у ребенка [14, 47]. И наконец, важным этиологическим фактором наркотизации считаются определенные психологиче-

ские и психопатологические черты родителей, в первую очередь – наличие у них той или иной аддикции, в частности, алкоголизма (см., например, [18]). Эмоциональная холодность, строгость или, наоборот, полное попустительство и непоследовательность в поведении матери, отстраненность, авторитарность или непостоянство отца – вот тот набор личностных характеристик, который удалось выявить исследователям в семьях алкогольно-зависимых мужчин [2, 18].

**Тип привязанности как фактор риска возникновения аддиктивного поведения.** На формирование предрасположенности к аддиктивному поведению влияет еще один важный фактор – индивидуально-психологический. Речь идет о генезе определенных личностных свойств, совокупность которых при неблагоприятных внешних обстоятельствах впоследствии приводит к возникновению зависимости. Одну из наиболее последовательно разработанных концепций такого рода выдвигает Г. Кристал на основе представлений о ранней травматизации [13]. Согласно его воззрениям, аддиктивное поведение субъекта тесно связано с нарушением у него аффективной регуляции; действительно, исследования показывают, что наркотики постоянно используются в качестве защиты от непереносимых аффектов, прежде всего переживаний враждебности и депрессии [7, 28, 42, 43]. Кристал утверждает, что нормальное психическое функционирование основано на удержании аффектов на переносимом уровне, что позволяет человеку получать от них максимум информации об окружении и о собственном состоянии. Соответственно развитие способности к аффективной саморегуляции детерминировано характером отношений ребенка с матерью в первые месяцы и годы его жизни: слишком тяжелый дистресс, продолжительные болезни, отсутствие материнской заботы влекут за собой формирование у ребенка неадекватных способов совладания с фрустрациями и вызываемыми ими аффектами. Ранняя травматизация, по мнению Кристала, происходит в тех случаях, когда мать по тем или иным причинам оказывается не в состоянии взять на себя функцию регуляции его аффективного состояния. В результате ребенок, вырастая, оказывается беспомощным при столкновении с интенсивными аффектами, и это составляет основу его предрасположенности к химической зависимости [13].

Сопоставляя вслед за Кристалом особенности аффективной саморегуляции аддиктивных пациентов и данные исследований в области психологии привязанности (см. в первую очередь работы Дж. Боулби [3, 4]), можно обнаружить, какие промахи матери – вольные или невольные – ведут к возникновению младенческой травматизации. В общем и целом это те ситуации, когда мать не в силах успокоить ребенка, т.е. помочь ему спра-

виться с каким-либо непереносимым эмоциональным состоянием, вследствие чего он не получает необходимого подкрепления своей привязанности к матери. Именно этот факт – неспособность матери адекватно и в полной мере удовлетворить потребность ребенка в привязанности – стал основой наших дальнейших рассуждений о формировании предрасположенности к аддикции с позиции теории привязанности.

Согласно этой теории, потребности в привязанности соответствует некое поведение привязанности, которое активируется у младенца голодом, усталостью и всем тем, что незнакомо или вызывает испуг, и “приводит ... к тому, что человек добивается или сохраняет близость с каким-либо ... предпочитаемым индивидом” [4, с. 182]. Если ответное поведение матери (или того, кто ее постоянно заменяет) не дает ребенку ощущения восстановления или сохранения близости с ней, то у него, во-первых, нарастает негативный аффект, угрожая стать нестерпимым, а во-вторых, происходит фрустрация потребности в привязанности, что, как показывают исследования, закладывает основу для заниженной самооценки и в то же время ставит его перед необходимостью справляться еще и с агрессией. В результате, когда эмоциональное состояние ребенка интенсифицируется и приобретает дополнительные компоненты, с которыми ему не под силу справиться, а никто не приходит ему на помощь, возникает типичная психотравмирующая ситуация – разумеется, в миниатюре, что-то наподобие “бури в стакане воды”. Речь идет о таких известных всем родителям и психологам, занимающимся периодом младенчества, ситуациях, когда ребенок, будучи в состоянии неудовлетворенности, отчаянно и яростно кричит – при этом либо никого не оказывается поблизости, либо не удается понять, в чем дело, либо нет возможности удовлетворить его потребность.

При постоянном воспроизведении этой “бури” с большой вероятностью происходит неуклонное накопление травматического опыта – пусть по капле, но образуется то, что М. Хан назвал *кумулятивной травмой* [41]. Под этим термином он понимал некий результат из раза в раз повторяющихся неудач матери в выполнении ею функции так называемого “охраняющего щита” – т.е., говоря языком когнитивных теорий, модулятора аффектов ребенка, вследствие чего ребенок стабильно переживает психическое напряжение, которое не столько нарушает развитие, сколько *отклоняет* его, накапливаясь невидимо и неощутимо. Таким образом, для объяснения появления предрасположенности к аддикции нет необходимости непременно привлекать понятие острой психотравмирующей ситуации, и соответственно отсутствие таковой в анамнезе не может служить гарантией от возникновения аддикции. Напротив,

есть основания говорить о том, что определенные характеристики поведения матери, проявляясь в ее взаимодействии с ребенком, обуславливают его неспособность к удовлетворительной саморегуляции аффекта, которая впоследствии становится индивидуально-психологическим фактором предрасположенности к аддикции.

Приведенные рассуждения хорошо согласуются с теми материалами о социально-психологических факторах предрасположенности к аддикции, которые упоминались выше (см. [2, 17, 19]). По данным Н.С. Курека [15], у матерей, чьим детям ставили диагноз “токсикомания”, наблюдается снижение точности распознавания эмоций ребенка. Отвержение, эмоциональная холодность и дистанцированность, отсутствие взаимопонимания и диалога по сути представляют собой отказ матери (или человека, постоянно ее заменяющего) откликаться на потребность ребенка в привязанности, а сверхконтроль, спутанность и непоследовательность в отношениях соответствуют неадекватному удовлетворению ею этой потребности.

Подход к проблеме предрасположенности к аддикции с позиций теории привязанности позволяет нам не только выявить, обозначить неблагоприятные для ребенка поведенческие характеристики матери (ее *неспособность адекватно откликаться* на его эмоциональные потребности), но также обнаружить и исследовать их внутрисубъектные корреляты. Исследования, в которых принимали участие матери и их маленькие дети, показали, что готовность матери реагировать адекватным образом на эмоциональные запросы ребенка, с одной стороны, ведет к формированию у него так называемой “надежной привязанности” (см., например, [31]), а с другой – связано с наличием у самой матери определенных психических средств и функций [49]. Для того чтобы мать могла откликнуться, она должна прежде всего быть в состоянии распознать сигнал, который посылает ей младенец, именно как сигнал о его неблагополучном эмоциональном состоянии [34]. Далее, ей необходимо уметь правильно различать, какого рода неблагополучие переживает ее ребенок – страх, гнев, боль или что-то еще. Следующий шаг, который требуется от матери, – умение самой успешно справляться с актуальным аффектом: если в ответ на страх ребенка мать впадает в панику или, наоборот, склонна все отрицать, то помощь ее будет невелика и неадекватна. И последнее, что она должна сделать, – это транслировать ребенку новое, переработанное ею эмоциональное состояние, в котором его до сих пор мучительный интенсивный аффект доведен до терпимого и поддающегося контролю [32]. Это есть тот оптимальный путь взаимодействия матери и ребенка в эмоционально напряженной ситуации, который не только позволит ребенку справиться с сиюминутным аф-

фектом, но и снабдит его интрапсихическим инструментарием для совладания с аффектами в будущем (разумеется, при бесконечном повторении), подкрепит его самооценку и чувство собственной значимости, а также подтвердит его привязанность к матери и ее привязанность к нему.

Исследования, проведенные различными авторами (см., например, [27, 30, 34, 35, 46]), свидетельствуют, что в основе такого взаимодействия лежит способность матери к рефлексии собственных чувств, т.е. их распознаванию и обозначению. Важно отметить, что речь здесь идет не о развернутом во времени познавательном процессе, а о бессознательной переработке матерью поступающей информации и моментальном принятии решения действовать определенным образом. Как показано упомянутыми выше исследователями, эта способность матери к рефлексии связана с ее собственным ранним развитием и тем типом привязанности к родителям, который сформировался у нее на протяжении детства. Так, по данным, приводимым М. Дорнесом [33], матери с надежным типом привязанности достоверно чаще могут адекватно описать собственные чувства и предположить, какие именно чувства испытывает их ребенок; на основе этих предположений им скорее удастся успокоить расстроенного и испуганного ребенка, чем матерям с ненадежной привязанностью. Кроме того, у матерей с надежной привязанностью достоверно чаще дети также формируют надежный тип привязанности. Иными словами, эти матери с большей вероятностью способны передать своим детям эффективные способы регуляции аффективных состояний, поскольку сами ими владеют. И наоборот, у матерей с ненадежной привязанностью (как у дистанцированных, так и у тревожных) дети имеют меньше шансов овладеть успешными стратегиями эмоциональной саморегуляции [49, 50].

Итак, теперь мы можем высказать предположение о том, что ненадежная привязанность матери, будучи ее интрапсихическим свойством и проявляясь во взаимодействии с ребенком с самых первых дней его жизни, ведет к недостаточному развитию у ребенка ряда психических функций: регуляции и обозначения аффектов, поддержания самооценки, способности к заботе о себе. А их недоразвитие, согласно концепции Г. Кристала, является фактором предрасположенности к формированию химической зависимости. Следовательно, наша гипотеза в самом общем виде формулируется так: ненадежная привязанность матери (ее эмоциональная неотзывчивость) – это один из факторов предрасположенности ребенка к аддиктивному поведению.

Обратимся теперь к вопросу о том, можно ли усмотреть связь между факторами предрасположенности к аддиктивному поведению и его после-

дующей динамикой, а конкретно – отказом от наркотиков, т.е. переходом аддикта и его семьи на стадию реабилитации и ремиссии. Данные клинических наблюдений показали, что ремиссия у наркомана оказывается более продолжительной (более года), если в реабилитационный процесс удастся включить всю семью [19]. После проведенного лечения (детоксикации и первичных реабилитационных мероприятий) аддикты должны разрешить задачу переструктурирования собственной жизни таким образом, чтобы избежать возвращения к прежним зависимостям. Как правило, этот период, связанный с пересмотром жизненных ценностей и ориентаций, сопровождается переживанием чувств подавленности, пустоты, раздражительности на фоне характерного для аддиктов неумения регулировать аффективные проявления. В такой ситуации способность людей из ближайшего окружения наркозависимого пациента (особенно матери) к сопереживанию и адекватному реагированию приобретает большое значение: чем более выражена эта способность, тем больше шансов, что пациент встретит понимание и поддержку, и наоборот. На наш взгляд, особенности отношений привязанности матери оказывают влияние не только на предрасположенность к аддикции, но и на процесс реабилитации пациента.

Попытка прямым путем достоверно и объективно установить, имеется ли непосредственная связь между эмоциональной отзывчивостью матери в первые годы жизни ребенка и последующим формированием у него в подростковом возрасте склонности к аддиктивному поведению, почти неосуществима. Для этого потребовалось бы обширное лонгитюдное исследование, охватывающее не менее 15 лет. Кроме того, неизвестно, в какой степени сам факт участия в подобном исследовании мог бы повлиять на развитие событий [51]. Поэтому необходим поиск “обходного пути”, а именно такой модели взаимодействия уже взрослого аддикта с матерью, на материале которой можно было бы сделать выводы о связи между эмоциональной отзывчивостью матери и формированием склонности к аддикции. В качестве такой модели мы выбрали взаимодействие химически зависимого индивида с матерью в период его реабилитации после проведенного в стационаре лечения зависимости. Поскольку на процесс реабилитации после лечения существенное влияние оказывает социальное окружение, в котором существует аддикт, и в первую очередь – семья и доминирующие в ней стереотипы поведения [21], то можно предположить, что успех реабилитации пациента с аддикцией зависит от поведения его матери и ее типа привязанности, эмоциональной отзывчивости, способности к рефлексии.

Здесь мы должны прибегнуть к следующему необходимому допущению: те личностные осо-

бенности матерей, которые связаны с их способностью к рефлексии и поведенческому проявлению эмоциональной отзывчивости по отношению к собственному ребенку, не изменились, т.е. остались константными на протяжении 15–20 и более лет. Тогда, обследуя матерей аддиктивных личностей в период их реабилитации, мы получаем доступ к тем процессам, которые когда-то (15–20 лет назад) послужили причиной возникновения у них предрасположенности к зависимости. Для такого допущения есть веские основания, а именно – работы, в которых убедительно показано, что тип привязанности остается константным на протяжении ряда лет (см. обзорную статью Nesse [37]). Поэтому с определенной степенью достоверности мы будем считать, что способность матери аддикта к эмоциональной отзывчивости, демонстрируемая на сегодняшний день, не подверглась существенному изменению за прошедшие годы. Соответственно те выводы, которые мы будем делать на основании нашего обследования, можно будет экстраполировать на исходные процессы формирования предрасположенности к аддикции.

Еще один “обходной путь”, весьма распространенный, хотя в нашем случае обладающий ограниченной применимостью, – это использование методологии сопоставления экспериментальной и контрольной групп. Экспериментальной группой будут матери аддиктов, а контрольная группа должна состоять из женщин приблизительно того же возраста и социального статуса, чьи дети не страдают от аддиктивного поведения. Ограниченная применимость для этого метода связана, во-первых, с небольшой численностью выборки матерей аддиктов, во-вторых, с невозможностью предсказать дальнейшее развитие детей тех матерей, которые составят контрольную группу. Тот факт, что на момент обследования матери не отмечают у них признаки химической зависимости (или другого аддиктивного поведения), не позволяет, к сожалению, полностью исключить вероятность возникновения аддикции впоследствии. Тем не менее, поскольку объектом нашего исследования будут матери героиновых наркоманов, а из литературы известно, что наибольшая частота возникновения химической зависимости от героина приходится на возрастной период от 15 до 30 лет, то с определенной степенью достоверности мы можем считать, что дети матерей из контрольной группы имеют много шансов избежать героиновой наркомании. Таким образом, используя методологию экспериментальной и контрольной групп, можно сравнить выраженность ряда психологических черт у матерей аддиктивных личностей и матерей, чьи дети не подвержены аддикции, и сделать выводы о влиянии этих черт на вероятность формирования аддикции.

Итак, наше исследование посвящено анализу роли эмоциональной отзывчивости матери в верности развития аддиктивного поведения, а также в успешности реабилитации аддикта после проведенного в стационаре лечения от героиновой наркозависимости. Для этого в качестве операционализируемой *независимой переменной* мы намерены исследовать тип привязанности матери. Под этим подразумевается совокупность сознательных, а большей частью – неосознаваемых представлений о прочности и надежности отношений субъекта со значимым другим, которая, возникнув в раннем возрасте, более или менее стабильно продолжает функционировать в психике взрослого человека. Согласно теории привязанности Дж. Боулби и его последователей, у ребенка в первые годы жизни формируются определенные представления о возможном поведении человека, осуществляющего уход за ним, которые впоследствии складываются в относительно константную “рабочую модель привязанности”. В нее входят ожидания субъекта по поводу отношений, обеспечивающих безопасность и эмоциональную поддержку, и вероятность их удовлетворения во взаимодействии со значимым другим. Эта “рабочая модель” позволяет прогнозировать, понимать и объяснять поведение другого человека, а также определяет поведение субъекта в различных социальных ситуациях. Исследования маленьких детей, проведенные в 1970-х гг. М. Эйнсворт [25], позволили выявить четыре основных типа привязанности – надежный, ненадежно-амбивалентный, ненадежно-избегающий и дезорганизованный. В дальнейшем стало возможным выявление типов привязанности и у взрослых [45, 46], которые тоже распались на четыре типа: надежный, ненадежно-тревожный, ненадежно-дистанцированный и с неразрешенной травмой (более подробно об этом см. [9]). Для надежного типа привязанности у взрослых (помимо наличия удовлетворительных и стабильных отношений с близкими) характерны: высокая способность к рефлексии, понимание мотивов поведения другого человека, способность к интеграции позитивных и негативных аспектов опыта и ряд других. Обоим ненадежным типам привязанности, напротив, свойственны: недостаточный уровень рефлексии собственного поведения и мотивации других людей, неспособность эмоционально адекватно откликаться на переживания другого, неадекватно переработанный опыт сепарации со значимыми другими. То есть индивиды с надежным типом привязанности обладают значительно большими возможностями сопереживать, правильно реагировать на эмоциональные потребности других людей, в том числе собственных детей, тогда как ненадежный тип привязанности, будучи внутрличностным свойством индивида, существенно ограничивает

установление эмоционально глубоких доверительных отношений с окружающими.

Таким образом, основную гипотезу исследования в общем виде можно сформулировать так: надежная привязанность матери как ее внутрличностное свойство, т.е. совокупность сознательных и бессознательных представлений об отношениях, является фактором риска формирования предрасположенности к аддиктивному поведению у ее ребенка. Результаты исследования, направленного на верификацию выдвигаемой гипотезы, будут изложены во второй части статьи.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анохина И.П., Арзуманов Ю.Л., Коган Б.М. и др. Особенности вызванной электрической активности мозга и функций катехоламинерной системы как маркеры предрасположенности к формированию зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. 1999. № 2. С. 45–51.
2. Березин С.В., Лисецкий К.С., Серебрякова М.Е. Подростковый наркотизм: семейные предпосылки. Самара: Самарский университет, 2001.
3. Боулби Дж. Привязанность / Общ. ред. и вступ. ст. Г.В. Бурменской. М.: Гардарики, 2003.
4. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. М.: Академический проект, 2004.
5. Братусь Б.С. Психологический анализ изменения личности при алкоголизме. М., 1974.
6. Бурменская Г.В. Проблемы онто- и филогенеза привязанности к матери в теории Джона Боулби // Журнал практической психологии психоанализа. 2003. № 1.
7. Вермсер Л. Комппульсивность и конфликт: различие между описанием и объяснением при лечении аддиктивного поведения // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. 2000. С. 55–79.
8. Вулкль К.Э., Фроун М.Р. Предикторы употребления старшеклассниками наркотиков в школе // Новости науки и техники. Сер. Медицина. Вып. Алкогольная болезнь. 2002. № 4.
9. Калмыкова Е.С., Падун М.А. Ранняя привязанность и ее влияние на устойчивость к психической травме: постановка проблемы (сообщение 1) // Психол. журн. 2002. Т. 23. № 5. С. 88–99.
10. Каражанова А.С. Особенности детского наркотизма (обзор отечественной и зарубежной литературы) // Наркология. 2003. № 11. С. 37–55.
11. Кискер К.П. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. М., 1999.
12. Кохут Х. Анализ самости. М., 2003.
13. Кристал Г. Нарушение эмоционального развития при аддиктивном поведении // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. 2000. С. 80–118.
14. Курек Н.С. Эмоциональное общение матери и дочери как фактор формирования аддиктивного поведения в подростковом возрасте // Вопросы психологии. 1997. № 2. С. 48–60.
15. Курек Н.С. Особенности эмоционального общения подростков, больных токсикоманией, с родителями // Вопросы наркологии. 1992. № 1. С. 39–43.
16. Кэхеле Х., Буххайм А., Шмукер Г. Развитие, привязанность и взаимоотношения: новые психоаналитические концепции // Московский психотерапевтический журнал. 2002. № 3. С. 5–34.
17. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Л., 1991.
18. Москаленко В.Д., Шibaкова Т.Л. Аддиктивное поведение в семьях больных алкоголизмом // Наркология. 2003. № 9. С. 14–17.
19. Назаров Е.А. Наркотическая зависимость и созависимость личности: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2000.
20. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. СПб., 2000.
21. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. М.: Генезис, 2001.
22. Смирнова Е.О., Собкина В.С., Асадулина О.Э., Новаковская А.А. Специфика эмоционально-личностной сферы дошкольников, живущих в неполной семье (на материале детских рисунков) // Вопросы психологии. 1999. № 6. С. 18–28.
23. Ханзян Э. Дж. Уязвимость сферы саморегуляции у аддиктивных больных: возможные методы лечения // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. 2000. С. 28–54.
24. Шевцов А.В. Сходство и различия клинических проявлений зависимости от психоактивных веществ в парах родственников брат–брат, сын–отец // Вопросы наркологии. 2001. № 2. С. 33–40.
25. Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, N.J., Erlbaum, 1978.
26. American psychiatric glossary. Washington: Amer. Psychiat. Press Inc., 1988.
27. Bartholomew K., Shaver P.R. Methods of assessing adult attachment: do they converge // Attachment theory and close relationships / Eds. J.A. Simpson, W.S. Rholes. N.Y.: Guilford, 1998. P. 25–45.
28. Blatt S. et al. Psychological assessment of psychopathology in opiate addicts // Journ. Neur. Ment. Dis. 1984. V. 172. P. 156–165.
29. Bretherton I., Munholland K.A. Internal working models in attachment relationships: A construct revisited // Handbook of attachment / Eds. J. Cassidy, P. Shaver. N.Y.: Guilford, 1999. P. 89–111.
30. Crittenden P.M. Attachment and Psychopathology // Attachment theory. Social, Developmental, and Clinical Perspectives / Eds. S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr. Hillsdale, N.J., 1995. P. 367–406.
31. De Wolff M., van Ijzendoorn M. A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment // Child Development. 1997. V. 68. P. 571–591.
32. Dornes M. Bindungstheorie und Psychoanalyse // Psyche. 1998. Bd. 52. S. 229–348.
33. Dornes M. Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt, 2004.



34. *Fonagy P.* Das Junktim in der Kinderanalyse // Forum der Psychoanalyse. 1996. Bd. 12. S. 93–109.
35. *Fonagy P., Steele M., Steele H., et al.* Attachment, the reflective self and borderline states: The predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development // Attachment theory. Social, Developmental, and Clinical Perspectives / Eds. S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr. Hillsdale, N.J., 1995. P. 233–278.
36. *Goodwin D.W.* Is alcoholism hereditary? N. Y.: Ballantine books, 1988.
37. *Hesse E.* The Adult Attachment Interview: historical and current perspectives // Handbook of attachment / Eds. J. Cassidy, P. Shaver. N.Y.: Guilford, 1999. P. 395–433.
38. *Hetherington E. M., Cox M., Cox R.* Long-term affects of divorce and remarriage on the adjustment of children // Psychological abstracts. 1986. V. 73(9). P. 2354.
39. *Jeynes W.H.* The effect of recent parental divorce on their children's consumption of alcohol // Journ. of Youth and Adolescence. 2001. V. 30. № 3. P. 310–319.
40. *Johnson E.O., Bree M.B.M. van den, Pickens R.W.* Indicators of genetic and environmental influence in alcohol-dependent individuals // Alcoholism. 1996. V. 20. № 1. P. 67–74.
41. *Khan M.M.R.* The concept of cumulative trauma // The privacy of the self / Ed. M.M.R. Khan. L., 1974.
42. *Krystal H.* Trauma and the stimulus barrier. Paper presented to meeting of American Psychoanalytic Association. N.Y., 1970.
43. *Krystal H.* The genetic development of affects and affect regression // The Annual of Psychoanalysis. 1974. V. 2. P. 98–126.
44. *Krystal H.* Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia. Hillsdale, N.J., 1988.
45. *Main M.* Recent studies in attachment // Attachment theory. Social, Developmental, and Clinical Perspectives / Eds. S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr. Hillsdale, N.J., 1995. P. 407–474.
46. *Main M., Kaplan N., Cassidy J.* Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation // Growing Points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development / Eds. I. Bretherton, E. Waters. 1985. P. 66–106.
47. *Turrisi R., Wiersma K.A., Hughes K.K.* Binge-drinking-related consequences in college students: role of drinking beliefs and mother-teen communications // Psychology of addictive behaviors. 2000. V. 14. № 4. P. 342–355.
48. *Wallerstein J. S.* Children of divorce: preliminary report of a ten-year follow-up of older children and adolescents // Psychological abstracts. 1986. V. 73(9). P. 2358.
49. *van Ijzendoorn M.* Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis of the predictive validity of the adult attachment interviews // Psychol. Bulletin. 1995. V. 17. P. 387–403.
50. *van Ijzendoorn M., Bakermans-Kranenburg J.* Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A metaanalytic search for normative data // Journ. of Consulting and Clinical Psychology. 1996. V. 64. P. 8–21.
51. *van Ijzendoorn M., Juffer F., Duyvesteyn M.* Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review on the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security // Journ. of Child Psychology and Psychiatry. 1995. V. 36. P. 225–248.

## THE ROLE OF ATTACHMENT TYPE IN ADDICTIVE BEHAVIOUR GENESIS: PROBLEM STATEMENT. PART I

**E. S. Kalmykova\*, M. A. Gagarina\*\*, M. A. Padun\*\*\***

\* *PhD, senior research assistant of posttraumatic stress laboratory, Psychological Institute of RAS, Moscow*

\*\* *Junior member of research staff, chair of socio-psychological sciences, Finance Academy under the Government of RF, Moscow*

\*\*\* *PhD, research assistant of posttraumatic stress laboratory, Psychological Institute of RAS, Moscow*

A theoretical analysis of addictive behavior formation is presented. Reduced ability to verbalize and to regulate affective states, lacking capacity to take care of oneself and to maintain self-esteem are considered as psychological roots of the addictive behavior. The leading role in the development of child's affect regulation is assigned to its mother (or another caregiving figure). The authors propose a hypothesis that links attachment relationships with the genesis of addictive behavior and the processes of addicts' successful treatment and rehabilitation. It is supposed that mother's insecure attachment type can be a risk factor of addictive behavior disorder of her child and plays negative role in addict's post-treatment rehabilitation.

*Key words:* addictive behavior, drug addiction, attachment, secure and insecure attachment, traumatization.