

## АЛТЕРНАТИВЕН МОДЕЛ ЗА ПРИВЪРЗАНОСТТА, АДАПТИВНОСТТА И ПАТОЛОГИЧНОТО ФУНКЦИОНИРАНЕ

Мария Качулкова,  
доц. д-р Камелия Ханчева

Софийски университет „Св. Климент Охридски“

**Резюме.** Целта на тази статия е да представи Динамичния модел на съзряване (ДМС) (Dynamic Maturational Model) като алтернативен модел за привързаността и развитието ѝ във възрастов план. За разлика от категориалния ABC+D модел ДМС разглежда различни стратегии, организиращи взаимодействието на индивидите спрямо контекста. Патологичното функциониране се дефинира като ригидност на използваната стратегия за регулация в диада при слабо отчитане на контекста. Моделът приема, че стратегиите за саморегулация и адаптирането са разширяващи се спрямо съзряването на индивида, като най-силно влияние имат ранното детство и взаимодействието през този период с фигурата на основния грижещ се. Основните типове стратегии се разграничават въз основа на степента на обработка и изкривяване на когнитивната и афективната информация. ДМС представлява биопсихосоциоекологичен модел за обяснение на привързаност и адаптиране, като предлага холистичен подход за превенция и интервенция при психопатологични прояви.

**Ключови думи:** динамичен модел на съзряване; привързаност; адаптиране; психопатология, травматизъм

### Въведение

Теорията на привързаността поставя началото на отношенческите модели на психосоциално развитие, като държи фокуса върху взаимодействието в диадата майка (грижещ се) – дете и влиянието на това взаимодействие върху поведението и функционирането на детето. Мери Ейнсуърт и колеги, след продължителни наблюдения в естествени условия на хора в различни култури, създават инструмента „Странната ситуация“ за оценка на качеството на привързаността в контролирани лабораторни условия (Ainsworth, 2015). Под десет процента от получените данни представляват неясни и трудни за кодиране случаи. Мери

Мейн и колеги решават проблема с некатегоризирани клипове, като ги обединяват в една нова категория – D (дезорганизирана/дезориентирана) (Main & Weston, 1981). Това е ABC+D моделът за обяснение на привързаността. От друга страна, Патриция Критенден също се заема с некатегоризирани клипове, като изгражда нов подход за обяснение на привързаността и адаптирането. ABC+D е категориален модел за привързаност, докато Динамичният модел на съзряване (Dynamic-Maturational model, ДМС) е дименсионален (Shah & Strathearn, 2014). Моделът се базира на идеи на Боулби и Ейнсуърт, обединяващи биология, етология, психоаналитична теория, когнитивна психология, както и емпиричните доказателства на Ейнсуърт за индивидуалните различия и развитийните пътища (Jack & Wilson, 2022). За обяснение на психичното функциониране, наред с Теорията на привързаността са включени идеи от еволюционната биология, концепцията на Пиаже (генетическа епистемология) за развитието на интелекта, културно-историческата теория на Виготски и идеята за „зона за най-близко развитие“ (Crittenden & Dallos, 2014; Farnfield & Stokowy, 2014).

ДМС обяснява адаптирането и привързаността през връзката на индивида със значимите близки, но не независимо, а като част от контекста и културата. Това е един биопсихосоциоекологичен модел за обяснение на привързаност, за адаптирането към средата и провалите в това адаптиране, водещи до проблеми от различен порядък и/или до психопатология (Crittenden et al., 2021). Моделът разграничава различни типове стратегии (B1-5, A1-8, C1-8, A/C, A+C<sup>+</sup>). Тези стратегии се „разгръщат“ поетапно спрямо когнитивното развитие на индивида и включват картина на света и предвиждане за реакциите на другия човек във взаимодействието, както и опит за насочване на тези реакции в желана посока (Crittenden, 2006, 2015). Всичко това е изградено в хода на взаимодействието със значимите фигури и се прилага в нови ситуации или при среща с нови хора, за да осигури предвидимост и адаптация на детето.

### **Привързаност и адаптиране**

В литературата има многобройни доказателства за влиянието на опита от детството върху психосоциалните роли (на родител, партньор) в по-късна възраст – юношество, зрялост (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009). Предполага се, че детето и по-късно зрелият индивид в социалните си взаимодействия, особено при застрашаващи ситуации, ще реагират според имплицитни сценарии за това кое тяхно действие какъв отведен отговор би могло да предизвика. Концепцията на Критенден постулира идеята за привързаността като стратегия за самозащита на индивида, а след юношеството – и като стратегия за намиране на партньор. Самозащитата играе ключова роля в концепцията на Критенден. Това е процес, при който човек се стреми да се защити от опасност в контекста или във взаимодействието с друг индивид. Постулирайки опасността, а не сигурността като движеща сила за организиране на поведението, Критенден ус-

пява да обвърже теоретично стратегията за привързаност на индивида и как тя повлиява неговото адаптиране (Crittenden, 2015, Crittenden et al., 2021; Farnfield & Stokowy, 2014). Според ДМС контекстът и отношенията в детството с фигурите на привързаност повлияват взаимодействието с външния свят чрез модела за трансформация на информацията.

### **Трансформация на информация**

Това, което индивидът получава от външния свят, са различни стимули, които се обработват от паметовите системи. Стимулът отвън се обработва по два начина – на познавателно ниво (Какво означава този стимул?) и на афективно ниво (Какво изпитвам?). Когато афектът е по-силен, той води до повишаване нивото на възбуда (arousal). Познанието и афектът се обработват от различни паметови системи, сред които процедурна, семантична и работна памет (Crittenden, 2002, 2006; Crittenden et al., 2021).

Човек непрестанно извлича информация от собствения си минал опит, така че да направи контекста, в който се намира, по-разбираем и предвидим. При обработка на миналата информация на всяко ниво от процеса е възможно да се появят грешки при трансформация на информацията. Възможно е човек да приеме нещо, което не го заплашва реално, като много опасно за себе си. В този случай фокусът на индивида е върху телесното му състояние, което е израз на вътрешното състояние на възбуда, а външната информация се потиска и/или изкривява. Именно в различните начини на обработка на информация се коренят индивидуалните различия в поведенческите реакции. Това е уникалният начин, по който всеки участник в една ситуация преработва различно едно и също събитие (Crittenden et al., 2021).

Критенден извежда седем вида трансформации на информацията, които се степенуват от реалистична до напълно изкривена и илюзорна картина на ситуацията. Всяка грешка може да се получи както при когнитивната информация, така и при обработка на афективната информация. Реалистичната обработка на информацията осигурява прогноза за развитието на ситуацията, която се базира на минал опит в подобен контекст. Погрешно трансформираната информация (erroneous information) в даден момент, представлява интерпретация на актуалната ситуация, която почива на заблуда – например, когато моментното субективно състояние предсказва опасност, без да съществува такава. По-високите степени на трансформиране и неинтегриране на информация включват изкривяване, пропускане и/или фалшифициране на информацията, която човек обработва (Crittenden et al., 2021). Най-патологичното трансформиране на информацията е лишена от всякаква реалистичност и отнесеност към конкретната ситуация информация – налудности (делузии) (delusional information). Това е една изцяло „изработена, измислена, сътворена“ от индивида картина на ситуацията, без никаква връзка с реалността (Crittenden, 1997, 2005; Farnfield & Stokowy, 2014).

На базата тези различни начини на обработка на информация на всяко ниво в паметовите системи всеки отделен индивид има разнообразни репрезентации. Няма „правилен“ и „грешен“ начин за обработване на информация. Стратегията, която човек проявява, е с единствена цел да го предпази от това, което той, в резултат на опит и минали преживявания се е научил да възприема като опасно.

### **Познание и афект**

Когнитивните и афективните репрезентации са най-малко трансформирани-те репрезентации. Те са в несъзнаваната част от информационния процес. Още от раждането индивидът притежава капацитет да обработва стимули от средата на това равнище (Crittenden, 2006; Crittenden et al., 2021).

Когнитивните репрезентации са свързани със съждения за времевата подредба на събития, за условия (пр.: „Ако майка ми и баща ми се карат, то знам, че трябва да стоя мирен.“), за причинно-следствени връзки (пр.: „Телевизорът се счупи, защото майка ми го удари.“). Афектът се предизвиква от външния стимул и обработката му от сетивата. Афектът, който индивидът изпитва, води до повишаване на възбудата (arousal). Високи нива на възбуда често се преживяват като тревога, което кара индивида да предприеме действие за намаляване на напрежението чрез разнообразен набор от действия (пр.: замръзни или се бий, freeze or fight) (Crittenden, 2015; Crittenden & Dallos, 2014; Farnfield & Stokowy, 2014). Това, което провокира силния афект, са: желание за утеха, гняв, страх, сексуално желание и болка. Тези емоции са степенувани по интензитет във възходящ ред (Crittenden, 2015).

Критенден предлага дименсионален модел, състоящ се от две дименсии: познание и афект; степен на интегриране на информацията (Crittenden et al., 2021). Условно по това делене има стратегии, които са по-слабо и по-силно рискови за развитие на психопатология. Защо условно? Начинът на взаимодействие със света зависи не само от индивида и индивидуалните характеристики, но и от контекста. ДМС подчертава значителната роля на контекста и значимите близки на индивида. От раждането това са родителите (основните грижещи се за детето), като по-често това е единият от родителите. С възрастта кръгът на значимите близки и различните контексти се разширява – широко семейство, учители, приятели, връстници, колеги и др. Стратегиите не могат да бъдат оценени а priori като адаптивни, рискови или патологични, защото тяхната „ползност“ е в пряка зависимост от контекста. Заплашителен контекст, предполага по-различна степен на трансформация и изкривяване на информацията, което е по-вероятно да подкрепи психическото оцеляване на индивида в подобен контекст (напр. един злонамерен, заплашващ грижещ се, който е единствен за детето може да провокира адаптивна стратегия потискаща страха и подмяната му с фалшив позитивен афект).

### **Основни типове стратегии в ДМС (ABC)**

ДМС поставя фокус върху няколко идеи, които отличават модела от категориалния ABC+D. Според ДМС всяко поведение е организирано, т.е. липсва дезорганизирано/дезориентирано поведение. Организиращ фактор за поведението е опасността, а не сигурността. Поведението се организира чрез репрезентации, които непрекъснато се обогатяват на база опита (индивидуален, семеен, културен), който всеки отделен индивид притежава. Основните типове стратегии се различават по това какво в информационния процес се потиска и какво се преувеличава. Стратегиите са начин на взаимодействие и регулиране с цел максимална сигурност, защитеност и незаплашеност на човека в определен контекст. На база дименсиите познание и афект и степента на интегриране на когнитивна, соматична и афективна информация са изведени три основни типа стратегии. Тип В са стратегии, които показват баланс между познанието и афекта. Тип А са стратегии, при които познанието има по-силно значение при изграждането на поведение. Тип С са стратегии, чийто фокус е преживеният афект. Подстратегии (A1-8 и C1-8) се надграждат спрямо степента на неинтегрирана или „изкривена“ информация. Ниски степени на стратегии тип А и С са напълно нормативни и показват достатъчно гъвкави умения за адаптиране.

#### **Тип В**

Мери Ейнсуърт определя малките деца, показващи характеристики на В привързаност, като „сигурни“ или със сигурна привързаност. ДМС подчертава значението на взаимодействието в диадата и контекста. Критенден избира название „балансиран“ за този тип стратегии. Балансът е между когнитивната и афективната информация, която индивидът има благодарение на опита си и постига в момента на анализа при актуална ситуация. Това е най-гъвкавата стратегия (Crittenden, 2006, 2015). При този тип стратегия се наблюдава възможност за споделяне на мисли и чувства (отвореност и признаване на негативния афект), за вземане на решения на база информация, която прави валидни предсказания (Crittenden et al., 2021). Всички подтипове на стратегията (B1-5) могат да се развият от самото раждане. При балансираните стратегии е възможен набор от различни поведения, но въпреки тях детето показва възможност за добра регулация и адаптация към широк кръг от условия, ситуации и контексти (Crittenden & Heller, 2017).

#### **Наивна В и Спечелена (постигната) В стратегия**

ДМС разграничава теоретично и емпирично два типа В стратегии. Наивни В (Naïve B) са деца, които от раждането си са изградили основна В стратегия, те са израснали в благоприятен контекст, в отсъствия на заплахата, най-вече в ранна възраст (Crittenden, 2015).

„Спечелили (постигнали)“ В (Earned B) са личности, които са претърпели положителна реорганизация в стратегиите. Реорганизация в ДМС описва про-

мяна на стратегии във времето към все по-адаптивна, с по-малко грешки при трансформация на информация. Промяната може да е от най-високи степени на А или С стратегии към по-ниски такива или от А или С стратегии към В (Crittenden, 2015, Farnfield & Onions, 2021). Например дете, изведено от отношение на насилие и поставено в контекст на стабилна предвидима грижа и адекватна на развитиите му нужди среда, би могло да реорганизира стратегиите си в течение на годините.

#### **Тип А**

В основата на тип А стратегии са репрезентации, които потискат негативния афект и поставят фокус върху причинно-следствените връзки на стимулите отвън (напр. „Ако не плача, няма да ядосам майка си.“). Децата с А стратегии по време на заплашителна ситуация действат спрямо когнитивната информация, като потискат емоциите си. Поведението при заплаха се организира около това да не се реагира и да се поддържа дистанция с цел избягване на взаимодействия с другите, които биха могли да бъдат заплаха (Crittenden, 2015). Ако стратегии тип А с по-високи нива на грешки при трансформация на информация се затвърдят като основен модел на адаптиране, водят с по-висока вероятност към разстройства и състояния от депресивния спектър на психопатологията (Crittenden, 2015).

#### **Тип С**

Тип С стратегии са противоположни на А стратегиите. Тук е налице преувеличаване на афекта, който индивидът изпитва. Често това са деца, за които поведението на родителските фигури е непонятно и трудно може да бъде предвидено, но въпреки това родителските фигури успяват да предоставят утеха. За да се справи с тази „неконтролирана непредвидимост“, детето започва да дава по-ясни и преувеличени сигнали чрез поведението си. Високи степени стратегии от този тип се асоциират с рисково поведение, самонараняване, хранителни разстройства (най-вече булимия и анорексия), хронична форма на посттравматично стресово разстройство (Crittenden, 2015; Crittenden & Heller, 2017; Ringer & Crittenden, 2007).

#### **А/С**

Всяка подстратегия на тип А би могла да се комбинира с подстратегия на тип С. Според автора това, което различава индивиди, притежаващи А/С стратегия, от тези с В стратегия, е това, че информацията, която индивидът притежава (части от когнитивна и части от афективна), е изкривена. Това не им позволява в цялост да достигнат до една истинна и интегрирана информация (Crittenden, 2015).

#### **Психопатология**

В термините на ДМС няма „лоша“ стратегия. Функцията на всяка стратегия е да предпази индивида от опасност. Според ДМС модела най-силна заплаха

носят насилието, физическо и/или психическо, и negliжирането. Опасността, сама по себе си, не е предпоставка за развитие на маладаптивно поведение. Но наличието на опасност в детството без адекватна защита и успокоение от фигурата защитник е значим рисков фактор и поставя основата на дезадаптивни стратегии за справяне (Crittenden & Landini, 2011, Crittenden et al., 2021). За да се адаптира индивидът към ситуацията, психичният апарат трансформира информацията с цел да постигне адекватен поведенчески отговор на заплахата.

Психопатологията в рамките на тази концепция се дефинира като ригидно използване на недостатъчно адаптивни стратегии. Колкото по-рано в живота си индивидът е изложен на заплашващ контекст (най-вече идващ от грижещите се фигури и/или отделянето от тях), толкова по-вероятно е да са налице грешки при трансформация на информацията. Поради тези грешки е вероятно в по-късен етап на съзряване, при среща с по-сложни контексти и възможността за по-сложни мисловни процеси индивидът да не успее да реагира по адаптивен начин и да не развие гъвкави стратегии за саморегулация (Crittenden, 2006, 2015, Nørbech et al., 2013). В изследвания се сравняват стратегиите на привързаност на три групи родители – родители на деца в норма, родители на деца с психиатрични диагнози и трета група, в която родителите са с психиатрична диагноза. Данните показват сходство на функционирането между втората и третата група родители (Landini et al., 2016), което подкрепя идеята за регулативния капацитет като функция на диадата, а не на индивида сам по себе си.

### **Рискови фактори**

#### *Младенческа възраст*

Изследванията показват, че преживяванията на майката по време на бременност и следродилния период влияят на нейното отношение към бебето, но и на начина, по-който бебето взаимодейства с майка си (Leadbeater et al., 1996, Leventhal et al., 2004). При наличието на психиатрично заболяване у майката значим фактор е осъзнаването на заболяването. Независимо дали има, или няма диагноза, по-високата степен на осъзнаване на собствените затруднения и история на отношенията предсказва по-висока степен на чувствителност към сигналите на детето и по-малък риск от малтретиране (Hancheva, 2019, Mullick et al., 2001). Когато майката е имала несигурна стратегия на привързване (А или С), но е постигнала реорганизация към сигурна привързаност, то най-вероятно и бебето ще развие В стратегия (Iyengar et al., 2014).

В младенческа възраст рискови фактори, прогнозиращи по-късна психопатология, са крайните форми на negliжиране и малтретиране. Вследствие на подобен контекст на развитие се оформя стратегия на натрапчиво съобразяване (compulsive compliance) на бебето към родителската фигура и типа контрол, който тази фигура упражнява (Crittenden & Dilalla, 1988).

### *Ранно детство и предучилищна възраст*

В този период появата на Теорията на ума обезпечава детето с по-широк набор от стратегии.

Ако средата около детето продължава да е предимно negliжираща или малтретираща, в периода на ранното доучилищно детство могат да се развият стратегии на компулсивно обгрижване към възрастния или контрол през подкупваща безпомощност или агресивност (Crittenden, Kulbotten, 2007). Често последната стратегия подвежда специалистите, които, непознаващи ДМС модела, интерпретират поведението на детето като хиперактивност (Crittenden, Dallos, 2014).

### *Начална училищна възраст*

При продължаващ застрашаващ контекст, свързан с непредвидимо поведение на значимите близки (родители, учители), има вероятност да се развият по-рискови стратегии. Водещ в поведенческите изяви на детето става заплашителният афект и възрастните често го възприемат или като безпомощна жертва, или като заплаха и агресор. Наред с това детето заблуждава околните (и себе си) относно ситуациите и причините за разминавания и конфликти чрез фалшифициране и/или отхвърляне на когнитивната информация (Farnfield, 2014).

### *Юношество*

При продължаваща неблагоприятна среда на развитие в юношеството ясно се разграничават два типа патологични прояви като опит, но доста неуспешен, за справяне и саморегулация. Възможни са поведения на отхвърляне на негативния афект с цел предпазване от дълбоки емоционални отношения и свързаност с друг човек. Причината за тази нова стратегия е провалът на предишния опит през пълно съобразяване и нагаждане към изискванията на възрастния да се постигне усещане за сигурност и защитеност. Други възможни стратегии са свързани със затвърждаване на заплашителния и/или привидно безпомощния афект в поведението, най-често достигащо до излагане на риск и рисково поведение (Crittenden, 2015).

### *Зрялост*

ДМС предполага изграждане на различен тип стратегии през целия живот, но най-вече в периода от раждането до около 30-годишна възраст (Arnett, 2000). В зрелостта когнитивното развитие на индивида, по-добрите възможности за рефлексия, саморефлексия и по-големият опит разгръщат пълния набор от стратегии. Най-рисковите степени на А и С стратегии са резултат от трансформация на информация до степен на „налудничавост“ – „делузии“ (delusional information). При крайни А стратегии трансформацията на информация е едно (само)измамно пречупване на афективна информация до степен идеализиране на фигурата, която реално е източник на заплаха. Това поведение се асоциира със Стокхолмския синдром (Crittenden, 2015; Crittenden et al., 2021).

Най-патологично функциониране се наблюдава, когато поради развитието си история човек не е в състояние да отчита собствените си мисли и преживява-

ния, защото оцеляването му е предполагало едно непрекъснато нагаждане към нестабилни и често сменящи се обкръжения, хора и изисквания. Това са деца, които са местени по различни институции и приемни семейства, като различни социални работници и специалисти се включват в ролята на основен грижещ се. В желанието си да отговорят спрямо контекста, потискайки вътрешните си емоции на страх, гняв и желание за утеха, те се сблъскват с непонятен и изменчив контекст, на който не успяват да отговорят. Така изграждат фалшив селф, отчужден от автентичното преживяване, който като хамелеон дава това, което е желано от него (Crittenden, 2015; Crittenden et al., 2021; Farnfield & Onions, 2021).

### **Деца и семейства в риск – алтернатива на приемната грижа**

ДМС обяснява психопатологията и психичното благополучие чрез екологична система, в която участват дете, родител и контекстът, в който живеят. Акумулирането на травматизъм е високорисков фактор за психичното функциониране. Критенден и колеги предлагат алтернативен модел на приемни грижи, отчиташ ресурсите на семейните системи за грижа и адаптиране (Crittenden et al., 2024). Целта на модела е избягване на отделянето на детето от семейството, подобряване на родителския капацитет, подпомагане семейното функциониране в случаи, в които оставането в семейството не води до риск за детето (физически и психически).

Оценката на семейното функциониране е процес на запознаване с проблема, със семейната история, травматизъм при родителите, нива на стрес и соматизиране на стреса, оценка на взаимодействие родител – дете, умения за саморегулация и адаптивност на членовете на семейството и други. На тази база семейството се категоризира в една от петте категории: „Независими и адекватни“, „Уязвими към криза“ – това са семейства, които при сблъсък с проблем (напр. дете с РАС трябва да се интегрира в масово училище) се нуждаят от подкрепа и получават 6 до 12 месеца временна помощ за преминаване през предизвикателството. Тези две категории семейства могат да бъдат подпомогнати чрез родителски обучения и развитие на родителска рефлексия. Третата категория са „Възстановими семейства“, които имат множество постоянни проблеми. Алтернативният модел препоръчва включване освен в обучения и дългосрочни терапевтични интервенции (1 – 4 години). Четвърта категория са т.нар. „Поддържани“ (supportable) семейства. Това са семейства, които имат необходимост от постоянни социални грижи (родителите или техните деца), за да могат да поддържат адекватно посрещане на икономическите, физическите и емоционалните нужди (напр. семейства с родител с умствена изостаналост, зависимост и друга психопатология). Последното ниво на семейно функциониране се нарича „Нуждаещи се от нови услуги“. Това са семейства, които въпреки адекватна подкрепа на мрежата от услуги не успяват да покрият емоционалните и физически-те нужди на децата. На това ниво, ако има висок реален риск за живота и здра-

вето на детето, е необходимо да се потърси постоянно настаняване на детето в приемно семейство (Crittenden et al., 2024).

Оценката на семейното функциониране и този модел на социални грижи цели подпомагане на семействата, ако е възможно, за да се избегнат последиците на майчината депривация и отделянето на детето, които биха могли да доведат до дългосрочни проблеми в психичното функциониране.

### **Заклучение**

В критичните теоретични обзори този модел се дава като пример за цялостен начин за обяснение на влиянието на привързаността, травматизма, ранните и натрупващи се нови преживявания във функционирането на индивида. Към днешна дата в световен мащаб има множество изследвания на програми и интервенции, които оценяват ефекта от приложението на този модел като отправна точка за ефективни интервенции (Cameron & Sheppard, 2018, Komoto et al., 2015). В България до този момент няма изследвания и липсват програми, базиращи се на ДМС модела. Още една от безспорно силните страни на ДМС е, че успява по теоретичен път да проследи трансгенерационното предаване на травмата и стратегиите за справяне (Hautamäki et al., 2010). Въпреки това са необходими още емпирични доказателства, включително лонгитюдни, които да обвържат изградената цялостна теоретична рамка с актуални данни. Това става възможно благодарение на създадените инструменти за директно наблюдение и оценка.

### **Благодарности и финансиране**

Обзорът е направен като част от изпълнението на работната програма по проект „Първите 1000 дни в семейната система: влияние на родителския стрес върху детското развитие“, договор № КП-06-КОСТ/32 от 18.12.2024 г.

### **Acknowledgements and Funding**

The review was made as part of realization of the work program of the project “The first 1000 days in the family system: the impact of parental stress on child development”, contract № КП-06-КОСТ/32 от 18.12.2024.

### **REFERENCES**

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation* (1st ed.). Psychology Press.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469 – 480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>.

- Cameron, J., & Sheppard, A. M. (2018). Evaluation of outcomes from an evidence-based intervention for mothers and babies. *Journal of Health Visiting*, 6(10), 499 – 505. <https://doi.org/10.12968/johv.2018.6.10.499>.
- Crittenden, P. M. (1997). Truth, error, omission, distortion, and deception: The application of attachment theory to the assessment and treatment of psychological disorder. In: S. M. C. Dollinger & L. F. DiLalla (Eds.), *Assessment and intervention issues across the life span* (pp. 35 – 76). Lawrence Erlbaum Associates.
- Crittenden, P. M. (2000). A dynamic-maturational approach to continuity and change in pattern of attachment. In: P. M. Crittenden & A. H. Claussen (Eds.), *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context* (pp. 343 – 357). Cambridge University Press.
- Crittenden, P. M. (2002). Attachment, information processing, and psychiatric disorder. *World Psychiatry*, 1(2), 72 – 75.
- Crittenden, P. M. (2006). A dynamic-maturational model of attachment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27(2), 105 – 115. <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.2006.tb00704.x>.
- Crittenden, P. M. (2015). *Raising parents: Attachment, representation, and treatment* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315726069>.
- Crittenden, P. M., & Dallos, R. (2014). An attachment approach to treatment: DMM-FST integrative treatment. *The Child & Family Clinical Psychology Review*, (1), 53 – 61. <https://doi.org/10.53841/bpscypf.2014.1.2.53>.
- Crittenden, P. M., & DiLalla, D. (1988). Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16(5), 585 – 599. <https://doi.org/10.1007/BF00914268>.
- Crittenden, P. M., Farnfield, S., Spieker, S., Landini, A., Oxford, M., Robson, K., Karlsen, S., Johnson, H., Ellis, V., & Ash, Z. (2024). Alternatives to foster care. *IntechOpen*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1005127>.
- Crittenden, P. M., & Heller, M. B. (2017). The roots of chronic posttraumatic stress disorder: Childhood trauma, information processing, and self-protective strategies. *Chronic Stress*, 1. <https://doi.org/10.1177/2470547016682965>.
- Crittenden, P. M. & Kulbotten, G. R. (2007). Familial contributions to ADHD: An attachment perspective. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(10), 1220 – 1229.
- Crittenden, P. M., & Landini, A. (2011). *Assessing adult attachment: A dynamic maturational approach to discourse analysis*. W. W. Norton & Company.
- Crittenden, P. M., Landini, A., & Landi, G. (2016). The parents of child psychiatric patients. *Annals of Psychiatry and Mental Health*, 4(7), 1087. <https://doi.org/10.47739/2374-0124/1087>.
- Crittenden, P. M., Landini, A. & Spieker, S. J. (2021). Staying alive: A 21st century agenda for mental health, child protection and forensic services.

- Human Systems*, 1(1), 29 – 51. <https://doi.org/10.1177/26344041211007831>.
- Farnfield, S. (2014). Assessing attachment in the school years: The application of the dynamic maturational model of attachment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(4), 516–534. <https://doi.org/10.1177/1359104514520758>.
- Farnfield, S., & Stokowy, M. (2014). The dynamic-maturational model (DMM) of attachment. In: P. Holmes & S. Farnfield (Eds.), *The Routledge handbook of attachment: Theory* (pp. 49 – 72). Routledge.
- Hancheva, C. (2019). *Mentalizazia I ranni etapi na socio-e;ocionalnoto razvitiie*. Kliment Ohridski.
- Hautamäki, A., Hautamäki, L., Neuvonen, L., & Maliniemi-Piispanen, S. (2010). Transmission of attachment across three generations: Continuity and reversal. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3), 347 – 354. <https://doi.org/10.1177/1359104510365451>.
- Iyengar, U., Kim, S., Martinez, S., Fonagy, P., & Strathearn, L. (2014). Unresolved trauma in mothers: Intergenerational effects and the role of reorganization. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00966>.
- Jack, A., & Wilson, S. (2022). A dynamic-maturational framework for the study of psychosis and attachment theory. *Journal of Experimental Psychopathology*, 13(4). <https://doi.org/10.1177/20438087221142456>.
- Komoto, K., Hirose, T., Omori, T., Takeo, N., Okamitsu, M., Okubo, N., & Okawa, H. (2015). Effect of early intervention to promote mother–infant interaction and maternal sensitivity in Japan. *Journal of Medical and Dental Sciences*, 62(4), 77 – 89. <https://doi.org/10.11480/jmds.620401>.
- Leadbeater, B. J., Bishop, S. J., & Raver, C. C. (1996). Quality of mother–toddler interaction, maternal depressive symptoms, and behavior problems of adolescent mothers. *Developmental Psychology*, 32(2), 280 – 288. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.2.280>.
- Leventhal, A., Jacobsen, T., Miller, L. J., & Quintana, E. (2004). Caregiving attitudes and at-risk maternal behavior among mothers with major mental illness. *Psychiatric Services*, 55(12), 1431 – 1433. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.12.1431>.
- Main, M. & Weston, D. R. (1981). The quality of the toddler’s relationship to mother and to father. *Child Development*, 52(3), 932 – 940. <https://doi.org/10.2307/1129097>.
- Mullick, M., Miller, L., & Ostler, T. (2001). Insight into mental illness and child maltreatment risk among mothers with major psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 52(4), 488 – 492. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.488>.
- Nørbech, P., Crittenden, P. M., & Hartmann, E. (2013). Self-protective strategies, violence and psychopathy: Theory and a case study. *Journal of Personality Assessment*, 95(6), 571 – 584. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.823441>.

- Ringer, F., & Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 119 – 130. <https://doi.org/10.1002/erv.761>.
- Shah, P. E., & Strathearn, L. (2014). Similarities and differences between the ABC+D model and the DMM classification systems for attachment: A practitioner's guide. In: P. Holmes & S. Farnfield (Eds.), *The Routledge handbook of attachment: Theory* (pp. 73 – 88). Routledge.

## AN ALTERNATIVE MODEL OF ATTACHMENT, ADAPTABILITY, AND PATHOLOGICAL FUNCTIONING

**Abstract.** The purpose of this paper is to introduce the Dynamic Maturation Model (DMM; Crittenden, 2006) as an alternative model of attachment and its development across age. In contrast to the categorical ABC+D model, the DMM framework considers different strategies organizing individuals' interactions according to context. Pathological functioning is defined as rigidity in the strategy used to regulate in a dyad, with poor consideration of context. The model assumes that strategies of self-regulation and adaptation are expanding according to the maturation of the individual, being most influential in early childhood and interaction during this period with the figure of the primary caregiver. Basic types of strategies are distinguished based on processing and distorting both cognitive and affective information. DMM is a bio-psycho-socio-ecological model to explain the attachment and adaptation, offering a holistic approach to prevention and intervention of psychopathological symptoms.

**Keywords:** dynamic maturational model; attachment; adaptation; psychopathology; traumatism

✉ **Mrs. Maria Kachulkova, PhD student**  
ORCID iD: 0009-0000-3323-9817

✉ **Dr. Camellia Hancheva, Assoc. Prof.**  
ORCID iD: 0000-0003-0121-1750  
Sofia University "St. Kliment Ohridski"  
Sofia, Bulgaria  
E-mail: mariakachulkova@phls.uni-sofia.bg  
E-mail: hancheva@phls.uni-sofia.bg