

НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

#### Факультет психологии

**Допущен к защите: Допущен к защите:**

руководитель профиля заведующий кафедрой основ

магистерской подготовки клинического психоанализа

Асанова Н.К., к.мед.н. Лейбин В.М., д.филос.н.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (подпись)*

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

На тему: **«Психоаналитическое исследование особенностей психического развития детей с расстройствами аутистического спектра**»

Направление подготовки 37.04.01 Психология (уровень магистратуры)

Профиль магистерской подготовки: Прикладной психоанализ и психоаналитическое

консультирование

Руководитель Рецензент выпускной

выпускной квалификационной квалификационной работы

работы

Мордас Е.С., к.пс.н.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (подпись)*

Студент: Михалева Н.В.

группа ПМАЗ 16/03

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись студента)*

Москва

2018 г.

**Оглавление**

[Введение 3](#_Toc516057931)

[Глава I. Психоаналитические подходы к аутизму 7](#_Toc516057932)

[1.1 Взгляд Л. Каннера, Э. Блейлера, Л. Эйзенберга на происхождение аутизма 7](#_Toc516057933)

[1.2 Аутизм как отсутствие абстрактного мышления и защитная функция психики Б. Бенда, К. Гольдстейн, Л. Бендер 11](#_Toc516057934)

[1.3 Аутизм как реакция на окружающий мир Б. Беттельхейм 13](#_Toc516057935)

[1.4 «Пусковой механизм» развития аутизма у детей М. Малер 16](#_Toc516057936)

[1.5 Природа возникновения и развития аутизма по Ф. Тастин 27](#_Toc516057937)

[1.6 Д. Мельцер. Адгезивная идентификация 42](#_Toc516057938)

[1.7 Д. Розенфельд. Взгляд на аутизм как на «закапсулированный опыт прошлого» 44](#_Toc516057939)

[Выводы по главе I 46](#_Toc516057940)

[Глава II. Психоаналитическая психотерапия с детьми страдающими расстройствами аутистического спектра и их родителями 49](#_Toc516057941)

[2.1 Терапевтическое вмешательство 50](#_Toc516057942)

[2.2 Гнев и тревога психотических детей 51](#_Toc516057943)

[2.3 Практическое воздействие при опознании аутических объектов 52](#_Toc516057944)

[2.4 Терапевтический альянс 59](#_Toc516057945)

[Выводы по главе II 69](#_Toc516057946)

[Глава III. Метапсихологическая оценка ребенка 70](#_Toc516057947)

[3.1 Методология исследования 70](#_Toc516057948)

[3.2 Описание методов и методик исследования 71](#_Toc516057949)

[3.3 Профиль 1 71](#_Toc516057950)

[3.4 Профиль 2 81](#_Toc516057951)

[3.5 Профиль 3 89](#_Toc516057952)

[Выводы по главе III 99](#_Toc516057953)

[Заключение 103](#_Toc516057954)

[Список литературы 106](#_Toc516057955)

[Приложение 112](#_Toc516057956)

# Введение

Расстройства аутистического спектра (РАС) у детей и подростков – частая тема психологических семинаров, статей в специализированных журналах и интернет блогах. Это легко понять потому, что данная проблема касается десятки миллионов людей по всему миру и количество их возрастает с каждым годом. Сегодня эту беду осознают врачи, педагоги, психологи и родители, чьи семьи она уже посетила. Существует множество подходов в решении этой проблемы, но работают они в разнобой и в основном направлены на устранение симптомов недуга.

Психоаналитический подход к решению проблем аутизма вызывает много споров и нареканий. В сентябре 2011 года Софи Робер, французский режиссер, сняла свой первый документальный фильм «Стена или испытание психоанализа аутизмом». Она работала над фильмом четыре года и взяла интервью у более чем 30 психоаналитиков (психологов или психиатров), которые следуют психосексуальным теориям Зигмунда Фрейнда, Жака Лакана и Бруно Беттельгейма. В дальнейшем фильм был запрещен к показу из за обращений в суд и дальнейших разбирательств. Нельзя сказать, что в России психоанализ имеет широкое распространение, а уж психоаналитический подход к решению проблем аутизма совсем является редкостью.

**Актуальность темы исследования:** Несмотря на то, что проблема детского аутизма является одной из актуальных (отмечается возросшее количество детей с такими нарушениями), до сих пор ощущается недостаток как теоретических, так и эмпирических исследований. При всем многообразии экспериментальных и теоретических положений по вопросам психического развития детей с расстройствами аутистического спектра, требуется более глубокое осмысление, дополнение и систематизация идей по данной проблеме в области психоанализа.

**Степень разработанности темы исследования**: Понятие «аутизм» было развито Э. Блейлером из термина «аутоэротизм» введенного З. Фрейдом. Термин обозначает фиксации инстинктивных побуждений направленных на себя, зачастую в противовес агрессивных и любовных влечений на объекты внешнего мира. Л. Каннер в числе первых описал состояние одиннадцати аутичных детей. Его описанием признаков (синдром Каннера) пользуются и в настоящее время. Такие выдающиеся исследователи, как М. Малер и Ф. Тастин рассматривают аутизм, как состояние жизни в котором доминирует сенсорика с добавлением эмоционального контакта. М. Малер подчеркивает важность телесных ощущений, вокруг которых устанавливается «смысл идентичности». Ф. Тастин описывает состояние аутистического ухода и шизоидной спутанности. Она видит аутизм как реакцию на «иллюзорную травму» переживания телесного разделения - травма, которую М. Малер рассматривала в провале симбиоза. Бион выводит определение аутизма - «безымянный ужас», передавая уровень ужаса и изоляции, полное отсутствие какой-либо надежды на спасение. Д. Винникотт писал об ужасной потере, когда «определенный аспект рта исчезает, с точки зрения ребенка, вместе с матерью и грудью, если сепарация наступила раньше, чем младенец достиг необходимой стадии развития. Д. Розенфельд предположил существование аутистической инкапсуляции. Так же включены идеи Д. Мельцера, Ф. Таститна, У. Биона.

**Цель исследования:** психоаналитическое исследование особенностей психического развития детей с расстройствами аутистического спектра.

**Объект исследования**: психогенез и особенности психических расстройств у детей, страдающих аутизмом в психоаналитическом подходе.

**Предмет исследования:** психическое развитие детей с расстройствами аутистического спектра.

**Гипотеза исследования**: психическое развитие детей с расстройствами аутистического спектра сопровождается нарушением в младенчестве детско-родительских отношений. Процессы сепарации – индивидуации проходят в искаженном виде или отсутствуют, что влияет в дальнейшем на психическое развитие ребенка и формирование Я.

**Задачи исследования**:

1. Теоретическое исследование психоаналитических аспектов особенностей развития детей с расстройствами аутистического спектра.

2. Теоретическое исследование подходов психоаналитической терапии в работе с детьми страдающими расстройствами аутистического спектра.

3. Исследование особенностей развития детей с аутистическим спектром расстройств: особенности структуры личности, фиксации, защитные механизмы, объектные отношения.

**Теоретико-методологические основы исследования**: идеи Э. Блейлера, Л. Каннера, М. Малер, Ф. Тастина, У. Бион, Д. Винникотт, Д. Розенфельд.

**Методы исследования:**

1. Метод теоретического анализа.

2. Проведение сессий с детьми, страдающими аутистическим спектром расстройств. Беседы с родителями.

3. Для психоаналитического исследования использовался метапсихологический профиль ребенка А. Фрейд.

**Выборка испытуемых**: в психоаналитическом исследовании принимало участие три ребенка с диагнозом «F84.02 Аутизм в следствии других причин».

**База исследования:** Московский институт психоанализа. Клинический центр.

**Научная новизна и теоретическая значимость:** системное и целостное отображение проблемы развития детей с расстройствами аутистического спектра с психоаналитической точки зрения. Выявлены особенности психического развития детей с расстройствами аутистического спектра: структура личности, фиксации, защитные механизмы, детско-родительские отношения.

**Практическая значимость работы**: полученные результаты психоаналитического исследования могут быть использованы в преподавательской деятельности, в консультировании семей, воспитывающих ребенка с РАС, в консультационной и терапевтической работе с детьми, страдающими аутизмом, просветительская деятельность.

**Структура выпускной магистерской работы**: выпускная магистерская работа состоит из введения, 3х глав, выводов, заключения, списка использованной литературы, приложение.

# Глава I. Психоаналитические подходы к аутизму

## 1.1 Взгляд Л. Каннера, Э. Блейлера, Л. Эйзенберга на происхождение аутизма

В начале любой работы принято давать определения и понятия. Дать полноценное и точное определение аутизма – задача не простая. Объяснить это можно тем, что аутистической спектр расстройств многолик и разнообразен. Существует большое количество теорий, описывающих вопросы воспитания, лечения, реабилитации детей с данным спектром расстройств. Это зависит от времени возникновения теории (так подход к такому явлению как аутизм за последние сто лет существенно изменился) и от личного опыта и подхода специалистов. Относительно недавно, в 1943 году, появилась первая работа Л. Каннера «Аутистические нарушения эмоционального контакта».

«Он бродил, улыбаясь, производя стереотипные движения пальцами, скрещивая их в воздухе. Он мотал головой из стороны в сторону, шепча или напевая один и тот же мотив из трех нот. Он с огромным удовольствием вертел все, что попадалось ему под руку... Когда его приводили в комнату, он полностью игнорировал людей и быстро направлялся к предметам, особенно к тем, которые можно было покрутить... Он яростно отталкивал руку, если она попадалась на его пути, или ногу, наступившую на его кубики...» [46, с. 220]. Это описание пятилетнего мальчика по имени Дональд.

В 1943 году Л. Каннер описал одиннадцать случаев, когда детский аутизм был однозначно диагностирован и сделал выводы: «получается, что эти дети появились на свет с врожденной неспособностью устанавливать нормальные, биологически обусловленные аффективные контакты с другими людьми, так же как другие приходят в этот мир с враждебными физическими или интеллектуальными дефектами. Если это так, то дальнейшее исследование наших детей, вероятно, поможет нам сформулировать конкретные критерии, которые позволяют упорядочить на сегодняшний день весьма разнообразные представления о конституциональных компонентах эмоциональной реактивности. Пока же мы имеем исключительно культурно обусловленные примеры врожденного активного нарушения аффективного контакта» [46, с. 250]. Хотя Л. Каннер в то время был уверен, что аутизм – это враждебное нарушение, уже с первых работ он обращал внимание на необходимость более детального изучения ключевых аспектов развития психики человека, способности завязывать отношения с другими людьми. В этой же работе Л. Каннер отделил аутистические расстройства от всех возможных форм шизофрении. Это был важный поворотный этап в подходе к проблемам отклонений аутистического спектра.

До этого термин «Autismus» был введён [швейцарским](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D0%B2%D0%B5%D0%B9%D1%86%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%8F) психиатром [Эйгеном Блейлером](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BB%D0%B5%D0%B9%D0%BB%D0%B5%D1%80,_%D0%AD%D0%B9%D0%B3%D0%B5%D0%BD) в [1911 году](https://ru.wikipedia.org/wiki/1911_%D0%B3%D0%BE%D0%B4) в связи с концепцией шизофрении в книге «Dementia praecox, или группа шизофрений». Э. Блейлер пишет: «в клинической картине выраженных форм шизофрении на первый план выступает “эмоциональная деградация”, а в определении “аутизм” акцент смещен на эмоциональные отношения, а не на контакты с реальностью» [37, с. 304].

По результатам обследования своего первого из одиннадцати пациентов, Дональда, Л. Каннер писал: «Большинство его ответов были метафорическими или просто необычными. В ответ на просьбу вычесть из десяти четыре он сказал: «Я нарисую шестиугольник» [1, с. 222]. Прошло более десяти лет, и Л. Каннер снова вернулся к описанию этого случая. Он обратил внимание на самый значимый, по его мнению, момент: ребенок «явно знал ответ» на поставленный вопрос, когда иносказательно говорил «Я нарисую шестиугольник» [1, с. 401]. Л. Каннер писал уже в 1943 году: «У аутичного ребенка есть свои оригинальные, строго индивидуальные ориентиры, семантику которых каждый слушатель трансформирует в зависимости от того, насколько ему удается самостоятельно проследить аналогии» [46, с. 250]. В данном контексте язык аутичного ребенка рассматривается не как органическое нарушение психики, а как имеющее смысл выражение непереносимого переживания ощущений от этого мира. К сожалению, Л. Каннер не развил далее тему оригинальности мышления ребенка. Описание этого случая заканчиваются письмом матери мальчика: «Недавно он увлекся изучением старых номеров журнала «Time». Как-то он нашел первый экземпляр от 3 марта 1923 года и попытался составить список дат выхода каждого номера, начиная с этого момента. Так он дошел до апреля 1934 года. Он выписывал их порядковые номера в томе и тому подобную ерунду». «Он был поистине неутомим по части придумывания всевозможных вариаций: «сколько дней в неделе, лет в столетии, часов в сутках или в половине суток, недель в столетии, веков в половине тысячелетия и т.д. и т.п.» [46, с. 222]. Подобные навязчивые размышления характерны для детей с аутистическим спектром отклонений.

Л. Каннер во всех своих работах, посвященных аутизму, подчеркивает особенности характеров родственников и родителей этих детей. Он пишет: «У всех таких детей есть чрезвычайно интересный общий знаменатель. Среди их родителей, бабушек, дедушек, и прочих родственников много врачей, ученых, писателей, журналистов и деятелей культуры. Трудно однозначно оценить тот факт, что все наши пациенты выросли в семьях высоко интеллектуальных родителей. Но можно с уверенностью утверждать, что в атмосфере их семей витал дух навязчивости» [46, с. 248].

Учитывая роль фактора наследственности, Л. Каннер не стал рассматривать проявление аутизма, как ответную реакцию детей на действия родителей. Он придерживался тезиса о том, что такие дети не способны вступать во взаимодействие с кем бы то ни было. Характеристика, которую он дал их возможному взаимодействию и установлению контактов – это особый, только им одним присущий способ. В более поздний период, совместно с Л. Эйзенбергом, он обратил более пристальное внимание на отношения аутичных детей и их родителей. На симпозиуме 1955 года ученые сказали следующее: «Трудно удержаться от соблазна заключить, что такая эмоциональная конфигурация в доме играет динамическую роль в генезисе аутизма. Но не менее очевидным представляется нам то, что этот фактор, будучи исключительно значимым для формирования симптома, никогда не возникает сам по себе. По-видимому, есть определенные аспекты, в которых эти дети отличаются друг от друга с самого начала их внеутробного существования. На самом деле, существует точка зрения, в соответствии с которой отклоняющееся от нормы поведение таких детей является причиной личностных проблем их родителей, которых описывают как реагирующих на безусловно сложную ситуацию жизни со своим совершенно безучастным ребенком. Хотя мы согласны, что это очень важное замечание, нужно признать, что оно, тем не менее, не объясняет социальных и психологических черт родителей, истории жизни и взаимоотношения которых началось задолго до появления на свет ребенка» [45, с. 521]. Исходя из этого можно сделать вывод, что ученые предполагали, что действия родителей либо способствуют появлению и усилению симптомов, либо, как минимум, не создают атмосферу для их прекращения.

Л. Эйзенберг в своей монографии 1957 года иначе представляет детско-родительские отношения в аутичных семьях: «Их система воспитания напоминает карикатуру на бихевиоризм Уотсона, доктрину которого они находят подходящей для себя. Интерес, который они испытывают к своим детям, сродни интересу к возможностям автомата. Поэтому аутичные дети так часто демонстрируют настоящие “подвиги”, воспроизводя по памяти огромные отрывки текста. Комфортность – обязательное, неотъемлемое качество; все усилия направлены на создание “идеального” ребенка – который слушается, который все выполняет и который не предъявляет никаких претензий» [38, с. 722].

Вероятно, Л. Эйзенберг считал, что аутичные дети демонстрируют и послушание и неповиновение. Они проявляют такие формы протеста, которые можно трактовать, как наказание родителей за их поведение. Из этого можно сделать вывод, что родительские фигуры чрезвычайно важны для ребенка с аутистическим спектром отклонений. Следовательно, ребенок выстраивает соответствующую систему отношений, связи и последовательности – иначе, теряется смысл вышесказанного утверждения. Л. Эйзенберг продолжает свою мысль: «Можно доказать, что их когнитивные потенциалы ограничены, ребенок, чьи контакты с социальной средой настолько лимитированы, неизбежно должен претерпеть необратимую интеллектуальную деградацию, когда перспективам развития мешает отсутствие естественного опыта» [38, с. 722].

В более поздних работах Л. Каннера можно увидеть, что он пересмотрел свою точку зрения и перестал считать аутизм врожденным заболеванием или результатом целенаправленных действий. Он стал относиться к упорному стремлению таких детей выполнять одно и то же действие не как к ограниченной способности разнообразия, а как к направленному действию по реализации задуманного плана: «В единообразии пациенты находят защищенность, защищенность очень незначительную, дети перманентно чувствуют себя в опасности и прилагают все усилия, что бы отвратить от себя угрозу» [48, с. 23]. Л. Каннер так и остался склонен к гипотезе, что данное заболевание врожденное (неспособность устанавливать эмоциональный контакт с внешним миром) и не разделил точку зрения Эйзенберга о влиянии сильных эмоциональных переживаний в раннем детстве.

## 1.2 Аутизм как отсутствие абстрактного мышления и защитная функция психики Б. Бенда, К. Гольдстейн, Л. Бендер

Мнение Л. Каннера о том, что детский аутизм обусловлен врожденными дефектами, поддерживали и другие ученые. Хотя другие авторы рассматривают его не как нарушение способности устанавливать эмоциональный контакт с внешним миром. Например, Бенда и Гольдстейн, но они делают акцент на способность к абстрактному мышлению.

Бенда пишет: «Обозначая отличия детского аутизма от других форм психической дефицитарности, нужно сказать, что аутичного ребенка нельзя считать умственно отсталым в привычном смысле этого слова; скорее, этот ребенок с неадекватным мышлением, которое проявляется в неспособности манипулировать символическими формами и понимать абстрактные отношения. Следовательно, у этих детей присутствует особое нарушение функции абстракции, составляющей важную часть человеческого интеллекта, но не идентичную другим формам интеллектуальных дефектов и не обусловленную повреждениями головного мозга… В то же время мы понимаем, что несмотря на кажущийся уход в себя, аутичный ребенок не испытывает недостатка в эмоциях, переживаниях или даже интенсивных личных контактах. Такой ребенок эмоционально реагирует на социальную среду, и если он кажется смущенным, он смущен из-за невозможности ориентироваться в этом мире и среди ровесников. Ему не по силам абстрактный материал, речь и коммуникации на уровне, адекватном данному возрасту… Рисунки таких детей служат косвенным доказательством того, что несостоятельность абстрактных установок является не следствием патологии ограниченной области мозга, а произошедшими в ходе развития нарушением интеграции, в качестве элемента которой выступает контакт ребенка с внешней средой» [1, с. 405].

Гольдстейн расценивал аутизм, как вторичную защиту от органического повреждения. Он считал: «Нарушение – неспособность ребенка мыслить абстрактно. Поведение аутичных детей очень напоминает проявления пациентов с повреждениями головного мозга и представляет собой действие защитных механизмов, направленных на то, что бы оградить от опасностей «существование» пациента в ситуациях, сопряженных с невыносимым стрессом и тревогой» [1, с. 405].

Аутизм, как защитную функцию на врожденный дефект центральной нервной системы рассматривала и Лоретта Бендер в 1959 году. «Я уже давно пришла к выводу, что аутизм – это защитный механизм, часто возникающий у детей, больных шизофренией, детей с органическими нарушениями головного мозга или перенесших серьезную травму, у тех, кто долго пребывал в состоянии эмоциональной депривации, одним словом, у тех, кто уходит в себя, что бы защититься от дезорганизации и тревоги, порождаемой основной патологией… в генах, мозге, органах восприятия или в социальных взаимоотношениях» [1, с. 405].

## 1.3 Аутизм как реакция на окружающий мир

## Б. Беттельхейм

Большой вклад в изучение аутистических расстройств внес Бруно Беттельхейм. В 1932 году он начал работать с немой аутичной девочкой. Это случилось за десять лет до первой публикации Л. Каннера, затрагивающей данную тему. В дальнейшем, труды Л. Каннера помогли работе Б. Беттельхейма, но он не разделял точку зрения о «врожденной неспособности устанавливать эмоционально окрашенные отношения» [46, с. 250] или «отмечающееся с самого рождения неумение традиционным образом взаимодействовать с другими людьми и вести себя в контексте конкретных ситуаций, проявляющееся с самого рождения» [47, с. 216]. Б. Беттельхейм пишет: «…спустя годы эта девочка стала реагировать на временное отсутствие заботившихся о ней людей, радость, которую она испытывала при их возвращении, и волнение адекватные реакции на другие эмоционально значимые для нее события – все это вполне опровергает выдвинутое (Л. Каннером) предположение» [10, с. 406]. Беттельхейм частично соглашается с Бендером и Гольдстейн: «Гольдстейн и Бендер рассматривают детский аутизм (на мой взгляд, совершенно справедливо) как защиту от невыносимой тревоги. Только, в отличие от этих авторов, я считаю, что источником такой тревоги является не органическое нарушение головного мозга, а расценивание ребенком условий его жизни как исключительно деструктивных по своему характеру. Но в то же время мне также трудно принять в качестве подтвержденного факта положение о том, что эти дети отличаются друг от друга “с самого начала своего внутриутробного существования”. Тщательно изучив всю имеющуюся литературу и подытожив опыт, накопленный нами за время работы, мы не обнаружили ни одного доказательства, которое достоверно свидетельствовало бы о том, что аутизм был выявлен в момент рождения или непосредственно после него. Хотя родители действительно иногда делают подобные заявления, ни один из известных нам случаев не выдержал мало-мальски серьезной проверки. При более подробном исследовании каждый раз выяснялось, что проявления, впоследствии ретроспективно приписанные новорожденному ребенку, на самом деле можно было наблюдать лишь спустя несколько недель, а то и месяцев» [10, с. 405-406].

В 1962 году психиатр Г. Бош сделал вывод, что видимые изменения у ребенка, связанные с аутистическим спектром отклонений так или иначе связаны с его вторым годом жизни. И это мнение противоречит теории о врожденном заболевании. «Хотя не исключено, что более детальное сравнительное обследование таких детей на первом году их жизни могло бы выявить отклонения от нормы по части проявлений и поведения, – Ван Кревелен упоминает о необычном пристальном взгляде одного из его пациентов, – мы, тем не менее, должны всерьез поразмыслить над вопросом, почему у большинства аутичных детей появление некоей “специфичности” в поведении приходится на начало второго года жизни, в то время как следует принимать во внимание, что в ряде случаев родители утверждали, будто впервые заметили в поведении своих детей нечто необычное только на втором, а иногда и на третьем году их жизни» [10, с. 406-407].

Эту версию поддерживают результаты исследования Шлейна и Яннета. Они вели наблюдение за пятьюдесятью детьми с расстройствами аутистического спектра. По их словам: «большинство родителей впервые заметили аномалии в поведении на втором году жизни ребенка» [10, с. 407].

Некоторые авторы научных работ, связанных с аутистическим спектром расстройств, предполагают врожденную неспособность ребенка реагировать на заботу матери и связывают это с неадекватным поведением родителей. Б. Беттельхейм в своей книге «Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я» пишет: «Недавно, когда исследования импритинга у животных выявили значение переживаний в раннем возрасте для последующей социализации, их результаты были использованы для объяснения природы детского аутизма. Поскольку у некоторых животных не было замечено антиципирующих (предупреждающих) знаков, зато присутствовал феномен следования за объектом, эти проявления были сочтены эквивалентными, а отсутствие предварительной реакции у детей рассматривалась в качестве возможной причины того, благодаря чему они были (или становились) аутичными детьми. Например, возник вопрос: Может ли детский аутизм обусловливать отсутствие динамики формирования навыка визуального слежения за матерью в силу нарушений структуры нервной системы или отклонений во взаимоотношениях между матерью и младенцем?» [10, с. 409].

Допустим, что все версии возникновения аутистического спектра отклонений имеют право на существование. Но это не дает ответа на вопрос что именно затормаживает развитие визуального наблюдения у детей и связано ли это с поведением матери? Б. Беттельхейм пишет: «на самом деле, я не знаю никого, кто, осуществляя невключенное наблюдение, обнаружил бы у аутичного ребенка в первые дни его жизни недостаточную выраженность антиципирующего поведения или отсутствие визуального слежения. Следовательно, аутизм вполне может быть реакцией на те переживания, которые малыш испытывает в связи с материнской заботой. Почему это так, можно объяснить, воспользовавшись результатами наблюдений за новорожденными… Если все идет не так, как нужно, только потому, что антиципирующее поведение ребенка не встречает должного ответа со стороны матери, то его отношение к окружающей среде может приобрести отклоняющийся характер уже в самом начале жизненного пути. Таким образом, причиной его отчаянной борьбы против всего мира или аутичного ухода вглубь себя может оказаться событие, произошедшее прежде, чем за процедурами кормления было установлено тщательное наблюдение, и поэтому нередко создается впечатление, что видимые нам проявления – суть результат врожденных дефектов…Я не хочу сказать, что именно тут лежит зачаток детского аутизма. Но нет причины и отрицать такую возможность, пока мы ее полностью не проработаем. Такие дети не демонстрируют предворяющее поведение в ответ на перспективу оказаться на руках, и некоторые полагают, что эта особенность присуща тем из них, кто впоследствии станет аутистом. Но такая антиципирующая реакция, в конечном счете, направлена на выживание. Тогда чего же, если переживание соприкосновения с грудью означает для ребенка отнюдь не выживание, а наоборот – удушье? Разве в такой ситуации сопротивление со стороны ребенка – это не лучший способ адаптации?» [10, с. 410].

## 1.4 «Пусковой механизм» развития аутизма у детей

## М. Малер

Значительный вклад в развитие психоанализа внесла Маргарет Малер. Она специализировалась на психическом развитии и психопатологии у детей. Изучала детские психозы и методы их терапии. Изучала процесс формирования внутрипсихических структур в контексте нормальных отношений матери и младенца. Занялась этим исследованием после того, как поработала с младенцами и маленькими детьми с глубокими нарушениями психики, поэтому, изучая детей, она стремилась раскрыть, с одной стороны, что способствует формированию внутрипсихических структур, которые в итоге позволяют ребенку функционировать независимо от объекта, с другой – что способствует патологии этих структур.

Именно она описывала развитие ребёнка как проходящее три последовательные фазы – фазу нормального аутизма, фазу симбиоза и фазу сепарации-индивидуации.

Ее статья, подготовленная к 20-му Конгрессу Международной психоаналитической ассоциации 1957 года, называлась «Аутизм и симбиоз: два диаметрально противоположных нарушения идентичности». В этой работе она выразила свое мнение о «пусковом механизме» развития аутизма у детей. Ее гипотеза инфантильных психозов основана на двух фундаментальных понятиях Фрейда. Он отмечал, что, если у животного есть инстинктивная способность ощущать опасность во внешнем мире, которая позволяет ему осуществлять необходимые действия для противодействия такой опасности, у человека эта способность атрофируется. У человека эго должно взять на себя функцию проверки реальности, которую игнорирует Ид («оно»). Опасность для молодого человеческого существа чрезвычайно усиливается еще одним биологическим обстоятельством, а именно тем, что оно рождается на более ранней, менее зрелой стадии физического развития, чем любое другое млекопитающее. «Эти два взаимосвязанных обстоятельства, а именно: атрофия инстинкта самосохранения и незрелость системы организма при рождении, приводят к длительной абсолютной зависимости младенца в плане его выживания от заботы и ухода со стороны матери или заменяющего ее лица. На протяжении долгого периода после рождения ребенка необходим характерный для нашего вида социальный симбиоз младенца и матери» [50, с. 78]. М. Малер продемонстрировала, что синдромы ранних инфантильных психозов, аутичного и симбиотического, представляют собой фиксации на регрессии к первым двум этапам развития «отсутствия дифференциации» в единстве матери и ребенка на раннем этапе жизни младенца: «В течение этого сумеречного этапа ранней жизни, которую Фрейд называл ”первичным нарциссизмом”, младенец практически не подает признаков восприятия чего-либо за пределами собственного тела. Кажется, он живет в мире внутренних раздражителей. Первые недели постнатальной жизни характеризуются тем, что мы называем этапом галлюцинаторного исполнения желаний. И если (сенестетическая) энтероцептивная система функционирует с рождения, перцептивная система сознания, сенсориум, еще не катектирована. Это отсутствие периферического сенсорного катексиса лишь постепенно уступает место восприятию, в частности, восприятию расстояния, внешнего мира. При этом большинство младенцев рождаются с соответствующими сигнальными устройствами для борьбы с инстинктивным напряжением, когда последнее превышает допустимый уровень. Их аффектомоторные реакции автоматически задействуются для призыва и использования матери как внешнего исполнительного эго. Более того, уже в первый день постнатальной жизни полноценный новорожденный проявляет дискриминационный хватательный рефлекс, который доказывает, что он обладает значительным врожденным потенциалом для сенсомоторного проведения различия между живым объектом и неживым предметом. Эта первичная способность различать живое и неживое была обозначена фон Монаковым в “Различие: протодиакризис”» [50, с. 79].

По теории М. Малер пресимбиотический, нормально-аутичный этап единства матери и младенца сменяется симбиотическим этапом (примерно с трехмесячного возраста). Во время периодов голода, пробуждающих его, трех-четырехмесячный ребенок, по-видимому, воспринимает, по крайней мере, временно и при условии восприятия целостным образом, ту небольшую часть внешней реальности, которая представлена грудью, лицом и руками матери, целостным образом (гештальтом) ее заботы и ухода как таковых. Это происходит в матрице оральной «удовлетворение-фрустрация» последовательности в ситуации нормальных заботы и ухода. Этот этап слабого осознания «нужды-удовлетворения» помечает начало этапа симбиоза, на котором младенец ведет себя и функционирует так, как будто он и его мать являются всемогущей системой (двойственным единством) в пределах одной общей границы (симбиотическая мембрана). За симбиотическим этапом следует так называемый «этап отделения и индивидуализации». Это происходит параллельно с взрослением и консолидацией таких автономных функций эго как двигательная активность и начало развития и применения языка.

Для структуризации эго и нейтрализации потребностей требуется удовлетворение двух условий, чтобы добиться индивидуализации, то есть чувства отдельной личности сущности и идентичности: (i) энтероцептивно-проприоцептивные стимулы не должны быть такими навязчивыми и настолько интенсивными, чтобы мешать образованию структуры; (ii) при отсутствии «внутреннего организатора» у младенца симбиотический партнер должен быть в состоянии выступать в роли буфера для внутренних и внешних стимулов, постепенно организуя их для младенца и ориентируя его на понимание внутреннего и внешнего мира, т.е. на формирование границы и сенсорное восприятие. З. Фрейд отмечал: «”Я” находится под особым влиянием восприятий и вчерне можно сказать, что для “Я” восприятия имеют то же значение, как инстинкты для “Оно”» [30, с. 359]. Если два указанных выше условия не соблюдены, способность эго к восприятию не может занять главенствующую позицию, а эго не может развить интегративную и синтезирующую функцию.

Предрасположенность к психозу возникает в тех ранних физиологических стрессовых ситуациях, которые связаны с психофизиологической несовместимостью в единстве матери и младенца в первые недели жизни, в которой эти процессы становятся превалирующими в отношении процессов ассимиляции. В раннем младенчестве случаются ситуации, в которых энтеро-проприоцептивная чрезмерная стимуляция из-за болезни или неблагоприятной (симбиотической) среды, связанной с материнской заботой, порождают большое количество не нейтрализованного раздражения и, следовательно, дезорганизуют агрессивную побудительную энергию. Это ситуации, при которых нейтрализация или встречный катексис не могут быть вызваны обычным процессом перцептивной либидинизирующей материнской заботы.

Проприоцепция – это группа сигналов, посылаемых в центральную нервную систему специальными терминалами (проприоцепторами), расположенными в суставных капсулах, связках, сухожилиях и мышцах. Проприоцепторы, среди которых выделяют мышечные рецепторы, или мышечные веретена (рецепторы растяжения), сухожильные рецепторы, или органы Гольджи (рецепторы мышечной силы), а также суставные рецепто­ры относятся к механорецепторам, посылающим в ЦНС информацию о положении, деформации и смещениях различных частей тела. Функционирование этих рецепторов обеспечивает координацию всех подвижных органов и тканей животного и человека в состоянии покоя и во время любых двигательных актов. При экспериментальном выключении проприоцепторов животные теряют способность поддерживать естественные позы, двигаться и целесообразно реагировать на внешние воздействия. некоторых случаях тяжесть физиологических травм не только ухудшает перцептивную активность сенсориума и, следовательно, формирование структуры (эго), но может даже привести к утрате способности к первичному разграничению (протодиакризу) между живыми объектами и неживыми предметами.

Такие катастрофические смещения и реакции, по-видимому, являются патогенными действующими силами при раннем инфантильном аутизме. Основное нарушение кроется в неспособности этих детей воспринимать образ (гештальт) матери и гештальт ее функционирования в жизни от имени их обоих. Вероятно, в этом случае отсутствует восприятие внутреннего и внешнего мира, как и осознания «я» ребенка, отличного от неживой среды.

С социобиологической точки зрения, эти младенцы фиксируются или регрессируют к аутичному этапу постнатальной жизни или (в отношении протодиакриза) к еще более архаичному этапу функционирования эмбриона. Среди клинических наблюдений, подтверждающих приведенную выше динамику, наблюдаются крайне неадекватная периферическая болевая чувствительность у таких детей, а также признаки, указывающие на недостаточность периферического кровообращения. Вместе с этим такая недостаточность катехитики сенсориума указывает на отсутствие иерархической стратификации зональной либидинизации и последовательности. Это демонстрируется относительной скудостью аутоэротических видов деятельности, с одной стороны, и функционированием либидинальных позиций, заменяющих друг друга. Вместо аутоэротических видов деятельности эти дети демонстрируют аутоагрессивные привычки, например, бьются головой, кусают себя или осуществляют другие действия, причиняющие им боль. Аутоагрессивная деятельность в квази-реституционной попытке служит для более четкого представления границ тела и «я», часто за счет или посредством принесения в жертву частей образа тела. Как результат отсутствия такого катексиса в системе «восприятие-катексис», эти дети полностью невосприимчивы к голосу и командам матери, они не видят вас, они смотрят сквозь вас. Вопрос о том, является ли это игнорирование матери и, следовательно, внешнего мира, врожденной или приобретенной защитой, остается открытым. Их неспособность использовать симбиотического партнера заставляет таких детей находить замещающие адаптивные механизмы выживания, и эти замещающие структуры представляют собой симптоматологию раннего инфантильного аутизма.

В 1952 году Маргарет Малер напишет: «Симбиотический психотический синдром представляет собой фиксацию или регрессию ко второму недифференцированному этапу единства матери и ребенка, который является галлюцинаторным всемогущим симбиотическим слиянием “нужды-удовлетворения”» [51, с. 78].

**Чувство индивидуальной идентификации** опосредуется ощущениями тела. Его ядро – это образ тела, которое состоит из достаточно стабилизированного преимущественно либидинального катексиса тела в его центральной и периферической частях [52, с. 36]. «Тело младенца одновременно находится и внутри, и снаружи. Благодаря этой характеристике тело для ребенка выделяется из остального мира и тем самым позволяет ему провести границу между “я” и “не я”». Физический контакт с матерью, а именно ласки и объятия, является неотъемлемой предпосылкой отделения телесного эго от объективной действительности на этапе соматопсихического симбиоза двойственного единства матери и младенца. При обычных обстоятельствах младенцы не только считают части тела матери своими, но, как отметили Анна Фрейд и Дороти Берлингем: «Мы исходим из многочисленных доказательств того, что у ребенка ощущение единства с телом матери параллельно ощущению матери, что тело ребенка принадлежит ей» [39, с. 599].

Проприоцептивные внутренние раздражители, а также контактное восприятие, большая чувствительность к давлению и тепловой обмен в дополнение к кинестетическим переживаниям (равновесию) в ситуации материнского ухода имеют гораздо более важное значение и вносят непосредственный вклад в суть нашего чувства идентификации, нашего образа тела, чем позднее развивающиеся визуальные и звуковые образы. Последние вносят свой вклад в первую и наиважнейшую очередь в опознание и отличие от объектного мира. Интеграция наших телесных ощущений и бессознательных фантазий о телесном «я», особенно его содержании, с визуальными, звуковыми и кинестетическими данными о нем представляет собой относительно позднее приобретение эго. Оно совпадает с первым уровнем интеграции чувства идентификации, которое зависит от отделения и индивидуализации и характеризуется отрицательным этапом.

Взросление, которое происходит на втором году жизни, ставит (нормального) ребенка в положение относительно развитой физической автономии. Двигательная активность – это одна из автономных функций эго, чье развитие может стать наиболее заметной парадигмой расхождения между скоростью взросления и развитием личности. Двигательная активность позволяет ребенку физически отделяться от матери, когда эмоционально он может быть еще не готов к этому. Двухлетний ребенок очень скоро испытывает обособленность и многими другими способами. Он наслаждается своей независимостью и с большим упорством достигает чувства контроля, и потому эго задействует большой объем либидо и агрессии. Этап отделения и индивидуализации – это уязвимый этап в жизни любого ребенка. Если борьба проиграна, как в симбиотическом психозе, фрагментация его эго приводит к полному разрыву интегративных функций на всех уровнях. Можно отметить для начала, что проприоцептивное восприятие может ошибочно восприниматься и путаться с чувственным восприятием: внутренние намерения приписываются внешним факторам, биодинамика принимается за механическую динамику. Регрессия эго, вероятно, направлена, в частности, на дедифференциацию функции и содержания, поскольку фрагментированное эго не может справиться со сложными структурами. Дедифференциация, вероятно, является адаптивным механизмом, обеспечивающим выживание в этих условиях с использованием вторичных аутических механизмов. Если этот процесс будет завершен, клиническая картина может продемонстрировать кажущееся сходство с первичным аутизмом [51, с. 77-83].

**Важность конституциональных (внутренне присущих) факторов в генезисе инфантильного психоза.**

Природа человека обеспечивает взаимосвязь между маленьким ребенком и его матерью, посредством которой, с одной стороны, сильная травматизация и хронический эмоциональный голод со стороны окружения, вероятно, причиняют вред конституционно здоровому ребенку только в том случае, если он очень маленький; с другой стороны (продемонстрировано в рамках знаменитого эксперимента У. Денниса и свидетельствуется опытом повседневной жизни), конституционно здоровый ребенок после возраста в четыре, пять и шесть месяцев автоматически принудительно вызывает эмпатию взрослого человека [42, с. 87-89]. Жесты младенца, направленные на установление контакта, направлены на самые простые биологические инстинкты женщины. Потому эмоциональное удовлетворение и пища легко получаются им, если только материнская психопатология не нарушит реакцию взрослого партнера. Иными словами, вероятно, что такой основной вред эго, который приводит к инфантильному психозу, возникает у детей, у которых есть наследственная или конституциональная «предрасположенность» («Anlage») к этому или у которых превалирует внутренне присущий фактор. Есть младенцы с внутренне присущим дефективным аппаратом регулирования напряжения, который, вероятно, не может быть адекватно скомпенсирован максимально количественно или качественно эффективным материнским отношением. Существуют младенцы с внутренне присущей недостаточностью эго, которые с самого начала, то есть с этапа отсутствия дифференциации, предрасполагают к продолжению или развитию отчуждения от реальности; существуют младенцы, у которых ненадежное осознание реальности зависит от бредового симбиотического слияния с образом матери [51, с. 77-83].

**Аутичный инфантильный психоз.**

С точки зрения объектных отношений и развития ощущения реальности, можно описать две клинически и динамически различных группы раннего детского психоза: в одной группе раннего детского психоза мать, как представитель внешнего мира, воспринимается младенцем эмоционально, а первое представление внешнего мира матерью как личностью, отдельным существом, не имеет катективной нагрузки. Мать остается частью объекта, по-видимому, без специфического катексиса и не отличается от неодушевленных объектов. Этот вид инфантильного психоза впервые был описан Л. Каннером и получил название «ранний инфантильный аутизм». При аутичном инфантильном психозе признаки аффективного осознания других людей не проявляются. Поведение, которое показало бы аффективное восприятие заботы и ухода со стороны матери как представителя внешнего мира, отсутствует. В анамнезе таких детей можно найти описания самого раннего поведения, которые свидетельствуют о том, что у них не было позы ожидания при кормлении грудью, отсутствовали жесты для установления контакта и особые ответные реакции, выраженные улыбкой. Можно найти следующие данные: «Я никогда не могла обратить на себя внимание своего ребенка». - «Он никогда не улыбался мне». - «Когда она смогла ходить, она убежала от меня». - «Мне было больно, когда я видела радость других детей от того, что мамы держали их на руках; мой мальчик всегда старался быстрее сползти с моих колен». - «Он никогда не приветствовал меня, когда я заходила, он никогда не плакал, он даже не замечал, когда я выходила из комнаты».- «Она никогда не была милым ребенком, ей никогда не нравились ласки, она не хотела, чтобы кто-нибудь обнял или поцеловал ее». - «Она никогда не обращалась за помощью». - Это последнее замечание очень наблюдательной матери одного из детей-аутистов описывает нарушение с точки зрения социального поведения.

Какова природа, какова функция этой псевдо-самодостаточности раннего инфантильного аутизма? Казалось бы, аутизм является основным защитным механизмом этих младенцев, для которых маяк эмоциональной ориентации во внешнем мире - матери как первичного объекта любви - не существует. Ранний инфантильный аутизм развивается, по мнению М. Малер, потому что инфантильная личность, лишенная эмоциональных связей с личностью матери, не может справиться с внешними раздражителями и внутренними раздражителями, которые с обеих сторон ставят под угрозу его существование как целостной сущности. Таким образом, аутизм является механизмом, с помощью которого такие пациенты пытаются исключить галлюцинации (отрицательные галлюцинации) как потенциальные источники сенсорного восприятия, особенно те, которые требуют аффективной реакции. «Если мы наблюдаем таких детей с психозом в клинической обстановке, наиболее яркой особенностью является их демонстративная борьба с любым требованием человеческого (социального) контакта, которое может помешать их галлюцинаторной бредовой необходимости распоряжаться статическим, сильно ограниченным сегментом их неодушевленной среды, в которой они ведут себя как всемогущие волшебники» [54, с. 304]. Казалось бы, их способность подавлять свои внутренние чувства (проприоцептивное возбуждение), собственные мыслительные процессы, собственная моторика, весьма избирательное и ограниченное чувственное осознание напрягают их недифференцированное эго. Они не могут справиться со стимуляцией из внешнего мира. Они не могут связать между собой два набора стимулов. Короче говоря, вероятно, эти пациенты воспринимают внешнюю реальность как невыносимый источник раздражения без конкретной или дополнительной классификации [51, с. 80].

В своей статье М. Малер обобщает исследования в области детских психозов (аутистических и симбиотических) и указывает следующие выводы [51, с. 80–81]:

* Базовый дефект Эго врожденный или приобретенный на очень ранней стадии развития. Одним из проявлений такого дефекта у детей-аутистов является неспособность перцептивного различения одушевленного и неодушевленного, и, в частности, матери как живого существа, при этом у симбиотического психотического ребенка самым важным проявлением этого базового дефекта является недостаточность запрета для стимулов (что препятствует действиям матери как эффективному буферу для чрезмерной стимуляции извне).
* В результате этих дефектов мать либо вообще не воспринимается (при аутизме), либо остается неотделимой от Я (при симбиотическом синдроме). Следовательно, меняются все отношения с объектным миром, с собственным телом ребенка и понятием Я.
* Помимо базового дефекта, также создаются дополнительные проблемы, поскольку взросление осуществляется на фоне отставания развития.
* На фаллическом этапе происходит один из самых значительных толчков для взросления. Концентрация психической энергии в половых органах (и в теле ребенка) приводит к дальнейшему истощению уже непрочного катексиса объектов. Этот этап во многом напоминает картину предпсихозного или псевдопсихозного состояния в период полового созревания (когда очень заметно чрезмерное субъективно регистрируемое нарушение чувства идентичности), предвестником которого он, вероятно, и является.
* Чтобы выжить, ребенок должен разработать несколько способов реституции.

## 1.5 Природа возникновения и развития аутизма по

## Ф. Тастин

Большой вклад в понимание феномена аутизма и дальнейшей терапии внесла Френсис Тастин (родилась в Северной Англии в 1913 году), детский психотерапевт-новатор, известная своей работой с детьми-аутистами в 1950-х годах. Она преподавала психоанализ в Лондонском университете в 1943 году.

Ф. Тастин обратила внимание на гипногагическое переживание, которое впервые было описано О. Исаковером в 1938 г. в статье «Вклад в патопсихологию феномена, ассоциируемого с засыпанием». О. Исаковер обнаружил, что при засыпании человек может впасть в такое состояние, когда у него возникает ощущение того, что к лицу приближаются какие-то мягкие, обволакивающие, источающие тепло объекты. При этом может возникать ощущение, что мягкий объект проникает в рот, хотя и находится снаружи. Объясняя подобные ощущения и переживания человека, О. Исаковер соотносил их с ранне-инфантильными ощущениями и переживаниями, связанными с кормлением грудью и соответствующими раздражениями оральной зоны младенца. По его мнению, гипногагические переживания представляют собой воспоминания и возобновления инфантильного опыта пребывания у груди, соприкосновения с ней.

В состоянии засыпания, пробуждения, наркоза у человека могут появиться такие ощущения, будто внешний и внутренний мир сливаются воедино, что-то бесформенное и расплывчатое то приближается к лицу, то отступает от него, рот заполняется чем-то вязким, различные части тела как бы размываются и образуют некое целое, кожа лица и рук становится мягкой, эластичной или, напротив, шершавой, отслаивающейся. Возникающие при этом переживания сопровождаются чувством удовольствия или включают в себя элементы тревожности. Ощущение нереальности переживания граничит с расслабленностью, а иногда и с желанием не прерывать данное психическое состояние [5, с. 821].

Шпиц также связывал его с удовлетворением у материнской груди. Однако Макс Штерн и Бенджамин указывали на связь этого феномена с ситуациями оральной депривации. Бенджамин предполагает, что он: «... может означать регрессию до ранней патогенной точки фиксации» [58, с. 51].

М. Штерн пишет: «Полагаю, что описанный феномен отражает не оральное удовлетворение, а скорее всего травматическое оральное чувство разочарования» [57, с. 209]. Он приводит много убедительных клинических свидетельств в поддержку этого утверждения.

Ф. Тастин, описывая свой опыт работы с детьми с психическими заболеваниями, подтверждает, что этот феномен связан с оральной травмой и со страхом «бесконечного падения» (по терминологии Д. Винникотта) – страхами, которые могут быть связаны с процессом засыпания [58, с. 51].

Нижеприведенный отчет получен от учительницы дневной школы для детей-аутистов. Ее отличает необычная способность понимать детей с психическими заболеваниями и помогать им в развитии. Она представила следующий материал на конференции по детскому аутизму, и материал был опубликован:

«Тесса, возраст 10 лет, ученица дневной школы для детей-аутистов. Она находится в моем классе в течение последних двух лет. Вначале я имела с ней довольно фрагментарные “отношения”, основной контакт заключался в творческих занятиях – рисовании карандашом и красками, шитье и инициированном ею создании мягких игрушек-животных… Это перешло в учебные ситуации по освоению основных навыков и развитию языка. Вначале ее речь была в основном односложной – “карандаш”, “ножницы” и т.д., – связанной с нужными ей предметами, но со следующими дополнительными комментариями: “Тесса мальчик”, “нет болей в животе”, “тянуть жилы”, “ешь свой обед”. Эти последние появлялись в определенное время каждый день с неизменной регулярностью, без очевидной связи с внешними обстоятельствами.

Некоторое время назад, уже в этом году, Тесса пыталась сообщить мне, что хочет сделать нечто, что покроет ее целиком. Она начала говорить: “Тесса делать куклу”. Я думала, что она подразумевала это буквально, но когда ей дали необходимые для этого вещи, она отказалась от них. Она продолжала перемещать руки по всему телу и лицу, но ничего не могла выразить в словах. Я написала ее матери в надежде, что она говорила об этом дома и в конце концов сделала вывод, что Тесса хотела сделать куклу размером с себя, чтобы она могла проникнуть внутрь нее. Тесса сказала, что это будет кукла-леди. Ранее она проявляла желание отождествлять себя со мной, надевала мой кардиган и говорила, что будет читать, писать или шить как я. Моя помощница и я продолжили помогать Тессе делать костюм из картона, который бы полностью ее закрывал. Поносив его недолгое время, Тесса от него отказалась и продолжала шептать мне: «материал». На второй день мы нашли старое платье и использовали этот материал. Несмотря на то, что мы ей помогали, Тесса шила весь день со счастливым неистовством, пряча его под своим пальто, чтобы продолжить работу вечером дома. Эта податливая форма была намного более удовлетворительной, хотя, как нам казалось, собственно носить его она долго не будет.

Очень скоро после этого она посмотрела на себя в зеркало и сказала “У меня голубые глаза и коричневые волосы”, используя личное местоимение. Вот уже несколько месяцев она одержима человеческой кожей: она ежедневно изучает мои руки и предплечья, сравнивает свою ладонь с моей и говорит при этом “становится больше”. Сейчас она хочет коричневую кожу, как у некоторых темнокожих учеников. Ее улучшившаяся за последнее время речь для выражения ежедневных потребностей и личных желаний стала обнадеживающей вехой в обучении этого ребенка-аутиста» [58, с. 52-53].

Э. Бик представила убедительный материал, накопленный в процессе многолетних наблюдений за младенцами и за детьми с психическими заболеваниями, который иллюстрирует то, что она называет феноменом «второй кожи» [58, с. 53]. Она предполагает, что на ранней младенческой стадии дезинтеграции тем частям личности, которые мало отличаются от телесных частей, необходим опыт удержания внутри «психологической кожи», и в этом отношении ощущение собственной кожи младенца играет важную роль. По ее мнению, формирование «кожи» происходит, когда ребенок успешно усваивает успокаивающее и защищающее чувство матери, что позволяет создать интрапсихическую оболочку «соски-во-рту». Бик описала младенца, первичная оболочка заботы вокруг которого была нарушена, и который продемонстрировал «мускульный тип сдерживания Я – вторая кожа вместо настоящей кожи». Она также описала этот феномен второй кожи у ребенка с психическим заболеванием. Тесса в этом смысле представляла особенно живой и чистый материал. Такой же феномен встречался и у других детей. Ф. Тастин пишет: «Прекрасно написанная работа Э. Бик углубила мое понимание динамики такого поведения. Анализируемый материал позволяет предположить, что в данном случае имеет место ранняя стадия “ложного Я”, описанного Винникоттом (1958), и “как будто личности” Хелены Дойч (1949)» [58, с. 54].

**Процессы аутизма**

При изучении первичного аутизма мы изучаем эмбрионное «Я». Внутреннее понимание «связи», предоставляемое удовлетворяющим опытом «соски во рту», окруженности руками матери и нахождения в атмосфере заботливого материнского внимания, по всей видимости, является первой жизненной стадией, от которой берет начало интеграция. Говоря об интеграции, мы понимаем интеграцию разных частей личности, а также интеграцию появляющегося «Я» в ситуацию, где существуют другие, отличающиеся от его собственных, «желания». Если это чувство первичной связи отсутствует, то его компенсируют процессы, сконцентрированные исключительно на собственном теле ребенка. Эти процессы становятся закрытой системой, подходящим примером которой является собака, крутящаяся вокруг своей оси в попытках поймать собственный хвост. Без базовой целостности и последующего введения в реальность развитие ребенка происходит бесконтрольно и по «ложному» пути.

Изучение обычного первичного аутизма осложнено тем, что младенец не может рассказать о нем, а мы сами не имеем осознанного понимания его. Д. Винникотт настаивает на том, что, как это ни парадоксально, младенец осознает первичную «удерживающую ситуацию» только в ее отсутствие, подразумевая таким образом, что исследование детей с нарушением первичного аутизма может пролить свет на это состояние. Но вместо него происходит развитие процессов вторичного аутизма.

Нижеследующее описание обычного первичного аутизма основано на исследовании Ф. Тастин детей в состоянии патологического аутизма, на тщательном и подробном наблюдении за младенцами и на ее «грезах» как терапевта – терапевта, в каком-то смысле выступающего для своих пациентов в роли заботливой матери. Вместе с тем следует помнить, что патологический аутизм в своей ригидности, персеверации и невосприимчивости очень сильно отличается от обычного первичного аутизма.

**Обычный первичный аутизм**

Кажется логичным, что для совсем маленького младенца «существование» заключено в потоке ощущений. Иначе говоря, в самом раннем возрасте младенец – это поток ощущений, из которых строится неясная реальность. Как только допускается некоторая степень отделения, можно сказать, что младенец интерпретирует внешний мир с точки зрения этих неясных реальностей, которые, по всей вероятности, являются совокупностью ощущений, в первую очередь, вокруг рта. К первичным ротовым ощущениям вскоре присоединяются ощущения от других отверстий тела, так как, по выражению Р. Шпица, в этом неопределенном состоянии «переполнение – главное правило» [58, с. 56].

Вероятно, что вначале тело может представляться не как тело, а только как отдельные органы – руки, рот, живот. Вместе с тем, вполне возможно, что эти отдельные органы ощущаются как целые объекты, поскольку младенец не знает ничего о связи этих разных частей друг с другом. Для наблюдателя это части единого целого, но для недифференцированного ребенка это, очевидно, не так. Временами, в общих недифференцированных состояниях раннего функционирования младенец может ощущать себя как один большой рот или живот. По-видимому, собственные телесные сигналы младенца являются для него первичной системой координат, с которой он сравнивает и через которую постигает объекты внешнего мира.

«Восприятие младенцем собственной кожи, по-видимому, имеет первостепенное значение в ощущении им связанности и единения частей его тела. Это означает, что он может начать быть “контейнером”. Но чтобы понять, что у него есть кожа, младенец должен принять тот факт, что поток его тела может подойти к концу. До осознания этого все ощущения ребенка, по-видимому, связаны с его собственным телом, граница или конец которому им не постигается. Разграничение между матерью и ребенком и между его собственными частями тела, по-видимому, минимально или полностью отсутствует» [58, с. 56-57].

Вероятно, врожденные значимые части заботливой матери воспринимаются им как собственные телесные зоны, находящиеся в состоянии возбуждения. В самом начале это чаще всего рот младенца – «первичная полость», через которую им ощущаются собственные части тела и части тела матери. Таким образом, его собственные руки могут восприниматься как рот, равно как и грудь матери, ощущение ее обнимающих рук и некоторые черты ее лица, которые вскоре ассоциируются с гештальтом матери. В зависимости от тех ощущений, которые ребенок получает от матери как первого для него представителя внешнего мира, ребенок будет воспринимать окружающий мир как благоприятный или враждебный [58, с. 58].

При нормальном развитии ответы внимательной матери на телесные сигналы ее младенца отличаются по качеству от его ощущений лишь тем, что она может размышлять о собственных ощущениях. Она не настолько погружена в свои заботы, чтобы не суметь помочь младенцу справиться с его переживаниями. Она не реагирует чрезмерно эмоционально, испытывая те же боли, что и у него. С участливой беспристрастностью, в которой заключено сострадание, она может помочь облегчить их. По-видимому, когда мать проявляет должную заботу, ухаживает за ним, обеспечивает гигиену и постепенно помогает ему делать все это самостоятельно, она помогает ему развить собственный разум. Вспышки собственного тела удерживаются и модифицируются во что-то, чему можно придать форму рефлексивным образом. Начинается идентификация с обычным человеком вместо необычного объекта, образуемого из телесных субстанций и процессов. Ребенок начинает делать различие между людьми и «вещами». Таким образом, начинается интроекция и идентификация с матерью, которая может испытывать боли в телесной обособленности. Мать начинает восприниматься как живой и мыслящий человек.

«Таким образом, развивается способность к представлению и использованию навыков. Сны начинают заменять случайные опорожнения и телесные движения. Врожденные формы начинают трансформироваться в мысли и фантазии. Начинает формироваться психика в привычном для нас понимании. Ребенок сначала становится психологически жизнеспособным, а затем психологически сдержанным» [58, с. 57-58].

«Чтобы это произошло в младенчестве, младенец должен научиться терпеть тот факт, что другие люди не всегда в своем поведении не всегда руководствуются счастливым удовлетворением инстинктов. Он должен научиться терпеть “божественное недовольство”» [58, с. 58]. В хорошей ситуации выращивания счастливое удовлетворение встречается достаточно часто, чтобы хорошая «привязка» стала частью развития младенца. Взаимное удовлетворение является связующим звеном между матерью и младенцем. Если по какой-либо причине это связующее звено отсутствует, младенец испытывает смертельный страх. Младенец не только должен переносить подавляющее ощущение отсутствия чего-то важного, но разочарование, выражающееся в несдержанных телесных движениях, означает, что он должен испытать нечто крайне плохое. Нехватка – это невыносимый кошмар. Экстатические ощущения, обычно неявно спровоцированные, спасают от этого кошмара, однако в случае их неудачи кошмары усиливаются. Они также означают, что ожидания выходят за пределы способности человека к удовлетворению. Это приводит к дальнейшему разочарованию, и ситуация усугубляется. Эта усугубляющаяся ситуация была названа патологическим «вторичным аутизмом» [58, с. 59].

На элементарных уровнях важнейшее значение имеет завершение гештальтов. Незавершенность нельзя терпеть; круг должен быть замкнут. Клинический материал Ф. Тастин показывает, что внутреннее чувство острого разочарования делает ожидание для воспитываемого невыносимым. Это увеличивает стремление ребенка к стимулированию в собственном теле ощущения, будто он окружен необходимой заботой. Иными словами, ребенок постоянно стремится действовать из-за чувства колющего разочарования в связи с тем, что поток его тела, похоже, подошел к концу. Если по собственному усмотрению мать необоснованно пытается подтолкнуть своего ребенка к действию, тенденция к чрезмерной реакции на стимулы увеличивается. Дети с психическими заболеваниями развивают различные способы уйти от «подталкивания», будь то своего или со стороны других. В аутических состояниях ребенок «удобен» большую часть времени, так как аутические процессы вызывают удовлетворение и ложное чувство самодостаточности. В том числе по этой причине эти процессы трудно обратить вспять, особенно если они работают уже много лет.

Ф. Тастин особое место отводит аутистическим объектам. Она приводит два клинических случая, которые иллюстрируют природу и функции аутистических объектов:

«В начале терапии 10-летний мальчик психотик по имени Дэвид приносил с собой на каждую сессию маленькую машинку. Эта машинка зажималась так крепко в его ладонь, что оставляла глубокий след, когда он вынимал ее. В ходе работы с ним стало ясно, что эта маленькая машинка наделялась им магическими свойствами и защищала его от опасности. Можно сказать, что она была его талисманом или амулетом. Разница между машинкой Дэвида и талисманом состояла в его ощущении, что при сильном сжатии машинки в руке, она становилась твердой дополнительной частью его тела. Даже если он клал ее на стол, глубоко укоренившееся ощущение оставалось, словно машинка все еще являлась частью его тела и защищала его» [58, с. 67].

«Другой психотичный ребенок по имени Питер, которому на момент начала терапии было 6 лет, приносил с собой огромную связку ключей, на которой было примерно 50 разных ключей. Стало ясно, что он чувствовал, будто она является твердой дополнительной частью его тела» [59, с. 103].

«Однако в то время пока эти дети чувствовали себя под защитой их аутистических объектов, они были недоступны в моих попытках им помочь. Поэтому казалось важным понять природу этих объектов и возможный источник их использования. Выдающейся характеристикой аутистических объектов является то, что они не используются для той изначальной цели, для которой были созданы. Вместо этого они используются определенными способами, индивидуальными для каждого ребенка» [59, с. 226-227].

Твердые металлические поезда или машинки, которые некоторые психотичные дети берут с собой в кровать, чтобы положить их под подушку, также не используются по назначению, т.е. как игрушки. Нельзя также утверждать, что они используются для фантазийных целей. В фантазийной игре есть, так называемый, компонент «давай представим», а также разделение тела от объекта, что отсутствует у психотичных детей при использовании ими своих аутистических объектов. Они в свою очередь наделены неестественным и ритуальным признаком, у ребенка по отношению к ним устанавливается строгая напряженная озабоченность, что не является признаком фантазийной игры. У объектов, которые некоторые психотичные дети одержимо раскручивают, существует сходные признаки.

Ф. Тастин пишет: «Это наводит меня на другую характерную черту аутистических объектов, используемых психотичными детьми. Возможно, у них вообще нет никаких фантазий, ассоциируемых с этими предметами, или же они могут связываться с крайне незрелыми фантазиями, которые очень близки к телесным ощущениям. Аутизм в детском психозе – это форма доминирующих ощущений, и в аутистических объектах также преобладают ощущения»[58, с. 81].

Объекты: в результате недостатка фантазий связанных с ними, они используются в крайне определенной и повторяющейся манере. Они статичны и не обладают открытыми качествами, которые бы привели к развитию новых ассоциативных цепей. Они являются результатом ошибочных циклов деятельности, которые крепко укоренились. Так или иначе, но их описания станут наполненными этим зацикливанием.

«Другая типичная для аутистических объектов особенность - кажущаяся разнородность их использования. Связка ключей, которую Питер носил с собой, состояла из множества ключей. Если один из них терялся, наготове всегда был другой, который бы его заместил. Дэвид не приносил всегда одну и ту же машинку. В начал его лечения важным для него было именно ощущение чего-то твердого в его ладони. Разные машинки могли дать ему это ощущение. Поэтому было важно, какую из них он использовал. Если он не мог найти какую-то определенную машинку, другая также годилась. Некоторые психотичные дети обладают одним аутистическим предметом, который используется долгое время стереотипным и ритуальным способом. Затем он отвергается, чтобы быть замененным другим, используемым также. Таким образом, спустя некоторое время, может образоваться целый непрерывный ряд объектов, которые будут использовать взамен, при этом с такой интенсивностью, при которой не допускается какая-либо иная информация. Они используются, отвергаются и заменяются другими. Если аутистический объект пропадает, ребенок страдает так, словно лишился части своего тела, но вскоре объект заменяется другим, который воспринимается как идентичный» [59, с. 103-104].

Однако важно понимать, что неспособность психотичных детей выносить факт потери проистекает из его раннего пережитого горя, связанного с кажущейся потерей инстинктивно значимой части ухаживающей матери, которая ощущалась как часть своего тела (Винникот, 1958) (Малер, 1961). Потеря переживалась, как потеря части своего тела, а не как потеря матери или ее груди. Именно эта ситуация привела к абсессивному использованию объектов, которые ощущаются как части тела.

Использование аутистических объектов направлено на выживание организма. Они приносят практически немедленное удовлетворение и предотвращают задержку между ожиданием и реализацией, которая приводит к таким символическим деятельностям, как фантазирование, воспоминание, размышление. Таким образом, психотичный ребенок продолжает жить в физическом плане, но его психическая жизнь сильно ограниченна. Вот почему многие из этих детей функционируют как умственно отсталые, когда впервые приходят для клинической диагностики. Это патологическое использование аутистических объектов сказывается на недостатке мотивации психотичного ребенка, а также на нехватке его базового доверия к «помогающему окружающему миру». Только тогда когда проницательная забота проникает в него, он способен начать отказываться от них.

«Твердость» является отличительной чертой практически всех аутистических объектов. Это дает ребенку ощущение, что они оберегают его. Психотичные дети, поскольку им не хватает опыта социального взаимодействия с другими людьми, чувствуют себя постоянно в угрозе нападения или причинения им вреда. Они ощущают, что их беззащитные тела являются целью для диких и жестоких нападений. В особенности они бояться, что их выступающие конечности могут быть зверски оторваны или откушены. Страх кастрации невротичных детей достаточно мягок и спокоен по сравнению с той опасностью, с которой приходиться сталкиваться психотичным детям. Главная задача аутистических объектов (таких как те, что используются как части тела для чувства успокоения) – это ограждение от опасностей, которые представляют собой угрозы физических нападений и полного уничтожения. Твердость помогает мягкому и уязвимому ребенку чувствовать себя в безопасности в мире, полном непередаваемыми опасностями, по отношению к которым он испытывает неописуемый ужас. Эти объекты помогают предотвратить реализацию телесного разделения, и выдвинуть иллюзию, что покушения из внешнего мира заблокированы. Один из способов того, как они этого добиваются – это фокусировка внимания на знакомых телесных ощущениях, нежели чем на странных «не моих» извне. Ф. Тастин пишет: «Псевдо-защита аутистических объектов мешает ребенку использовать или развивать более истинные способы защиты. В частности, она мешает ребенку находить контакт с заботящимся, находящимся рядом с ним человеком, который бы мог помочь ему скорректировать его страхи. Она удерживает ребенка в безнадежном состоянии, окруженном воображаемыми страхами, которые не могут быть смягчены или изменены» [58, с. 179].

Основная мысль Ф. Тастин сводится к тому, что необходимость отгородиться от внешнего мира возникает из широкого спектра различных ситуаций, все из которых происходят в младенчестве. Опираясь на наблюдения, очень распространенная осаждающая детская ситуация для психогенного детского психоза, это ситуация, в которой особенно уязвимый ребенок переживает серию шокирующих моментов, которые не может выдержать его еще не до конца сформированный нейропсихический аппарат. Это проявляется в ситуации заботы, которая в определенный момент, по каким бы то ни было причинам, не может помочь младенцу справиться с этим или же не может справиться за него. Грустная ситуация, которая чаще всего становится стартовой точкой для аутизма, это та, где мать и ребенок переживают телесную отдаленность друг от друга, будучи жестоко оторванными друг от друга и травмированными [34, с. 135-136]. В подобной трагической ситуации кажется уместным употребить выражение «душевное кровотечение». Патологические аутистические объекты способны остановить «кровотечение», путем блокировки раны. Они также способны затыкать пробел между парой, чтобы телесная отдаленность не ощущалась. К несчастью, эти обманы препятствуют возникновению и развитию излеченным обоюдным взаимоотношениям пары.

Все психогенные детские психозы происходят из ситуаций, пережитых в младенчестве, в которых сверхъуязвимый ребенок столкнулся с осознанием слишком болезненно или рано. Его реакция на кормление грудью или же ее заменителем, к примеру, кормление из бутылочки, была грубо нарушена тревогой, развившейся в ходе инстинктивного развития. Эта реакция проявилась еще до того, как грудь начала восприниматься как отдельный от рта младенца объект и до того, как она укоренилась в виде регулируемого элемента эмоциональной жизни ребенка. Вместо этого эти дети обратились к незамедлительному удовлетворению, получаемого от аутистических объектов, которые были переиспользованы в патологическом плане. Это объясняет странное и беспорядочное поведение психотичного ребенка.

Такой ребенок пропустил стадию «практики» нормального младенчества, которая проявляется при отсутствии матери. К примеру, изучая развитие языка у детей-психотиков, некоторые исследователи обнаруживали, что многие дети-психотики упускают стадию нормального детского гуления и лепета. Наблюдения Ф. Тастин показали, что многие из них упустили нормальную стадию сосания, при которой ребенок симулирует сосание груди. Эта симуляция не позволяет ему развить более искусные и эффективные навыки при непосредственном сталкивании с грудью. Вкратце, они упустили ранние обучающие переживания, ассоциируемые с игрой. Такой ребенок настроен сделать все с первой попытки, без какой-либо практики до реальной ситуации. Когда он терпит в этом неудачу, он прекращает попытки. Это является важным компонентом пассивности и нехватки самоуверенности у психотичных детей. Они пропустили творческую деятельность выстраивания иллюзий и развития фантазий, которую в своей статье о переходных объектах и переходном феномене Д. Винникот называет «мостом к реальности». Вместо этого они используют патологические аутистические объекты, которые являются барьером, по отношению к нему. Они блокируют опасения реальности, которые могут быть поделены с другими людьми его культуры. Ничто не может пройти внутрь, но что еще важнее, ничего не может прорваться наружу.

Аутичный ребенок развивает скрытую активность с частями своего тела и материями. Они сформировались для того, чтобы обеспечивать ему избегание боли от фрустраций и разрушения иллюзии, которые для него невыносимы. Мышечное гипернапряжение, ассоциируемое с этими стрессовыми ситуациями, означает что твердые предметы внешнего мира кажутся вполне подходящими для обеспечения ребенку чувства безопасности от дальнейших переживаний болезненных ударов. «Эти твердые объекты ощущаются как части своего тела. Обычно они ощущаются как неодушевленные, поскольку неинтегрированный тип психотичного ребенка не видит различий между живым и неживым, а дезинтегрированный ребенок понимает эти различения в очень спутанном и причудливом плане» (Тастин). Поскольку мать воспринимается как неживой объект, как часть тела ребенка и, по существу, может приниматься как само собой разумеющееся, здесь нет места для развития или изменения. Этот ребенок также не чувствует переживания истинного материнского объекта. Недиффиренцированный способ предчувствовать опасность таких детей также оказывает важный эффект на природу и развитие аутистических объектов.

Рассуждая о аутистических расстройствах нельзя обойти вниманием группу Мелани Кляйн. С 1920 годов вместе с Абрамом она занималась исследованием развития детей. Она обратила внимание на закономерность в рассказах детей о пространстве. Пространство внутри Я, пространство внутри объектов – и места, где происходят конкретные события, имеющие неумолимые и очевидные последствия, которые можно изучать как часть процесса переноса. В 1946 году она представила статью, называющуюся «Заметки о некоторых шизоидных механизмах», в которой описывала процессы расщепления и проективную идентификацию. С помощью термина «проективная идентификация» [24, с. 80] она описала всемогущую фантазию, посредством которой, в сочетании с процессом расщепления, часть Я может быть отщеплена и спроецирована внутрь объекта, через что можно завладеть его телом, умом, идентичностью. Она описала некоторые последствия, возникающие из этой спутанности идентичности, в частности клаустрофобические тревоги и некоторые персекуторные тревоги.

История «кляйнинской» группы, начавшаяся в 1946 году – это история исследования проективной идентификации и процесса расщепления. Они смогли значительно расширить круг пациентов, к которым можно было применить психоаналитический метод. Данные исследования подтолкнули людей применить психоаналитический метод, не модифицируя его к психотичным пациентам и шизофреникам. Эта работа предоставила концептуальные инструменты, с помощью которых можно было работать и изучать феноменологию, с которой прежде не только нельзя было работать, но и которую нельзя было заметить. «Вопрос о проективной идентификации есть описание процесса, посредством которого осуществляется нарцисическая идентификация; это процесс всемогущей фантазии расщепления и проекции части Я на объект, внешний или внутренний» [27, с. 155].

## 1.6 Д. Мельцер: Адгезивная идентификация

Дональд Мельцер (участник «кляйнинской» группы) в 50-х и начале 60-х годов работал с группой детских психотерапевтов, занимающихся лечением аутичных детей. Под его супервизорским наблюдением находилось примерно восемь или десять случаев аутизма, лечившихся с помощью психоаналитических методов. В статье «Адгезивная идентификация» 1975 года он пишет: «Первое, что произвело на нас впечатление в этих детях,- оглядываясь назад после нескольких лет психоаналитического лечения ребенка, мы понимали, что проявлявшуюся в консультационной комнате феноменологию можно разделить на две категории.

Первая – категория истинно аутичных феноменов, остающихся таковыми, никогда не изменяющихся и представляющих собой ассортимент до некоторой степени несопоставимых особенностей взаимодействия с различными предметами, находящимися в комнате. Эта категория также включала элементарный способ особых ощущений и очень простых видов деятельности (например, заходя в комнату, ребенок всегда направлялся к окну и сосал щеколду на нем или шел нюхать пластилин или лизать оконное стекло; особенности поведения, подобные этим, весьма просты, весьма чувственны). С начала курса мы должны были предполагать, что каждая особенность многозначительна и связана с другой особенностью в поведении, что все поведение связывается воедино нитью смысла» [28, с. 159-160].

«…Вторая категория особенностей, была более сложной; эти особенности не были без конца повторяющимися. Их можно связать вместе, если изъять из аутичной матрицы. Если отбросить аутичную матрицу, как раз можно увидеть то, что связано вместе, и если описать это кому-то, можно было бы подумать, что это обычная игра обычного невротичного или психотичного ребенка в игровой комнате, которую можно психоаналитически исследовать, а иногда даже немного понять. Насколько мы поняли, в этой матрице аутичных феноменов мы видели нечто очень простое, очень бессмысленное, очень чувственное, без конца повторяющееся и имеющее значение бегства от психической жизни. В этом море бессмысленности было немного особенностей многозначительного переживания, которое постепенно начало склеиваться.… Оказалось, у этих детей была невероятная нетерпимость к разлуке» [28, с. 160].

После многолетнего изучения детей, находившихся на лечении, группа аналитиков пришла к выводу, что необходимо размышлять на тему аутизма «с позиции измерения и позиции пространства, пространств и пространственных отношений, а вместе с этим думать и о влиянии на отношение ко времени» [28, с. 160]. Эти дети находились вне поля своего аутизма, – функционировали так, как будто в действительности не существовало никаких пространств, а были лишь поверхности. Всего два измерения. Из статьи Д. Мельцера: «Вещи не были трехмерными, были только поверхности, на которые они могли опереться или которые они могли почувствовать, понюхать, прикоснуться, от которых они могли получить ощущение - что очень много, так как аутичные феномены связаны с ощущением… Мы пришли к пониманию того, что эти дети почему-то имели трудность в концептуализации или переживании пространства, которое можно было бы закрыть. В пространстве, которое нельзя закрыть, как раз вообще нет пространства» [28, с. 161].

Д. Мельцер описал процессы, чьи источники немного предшествуют тому, что Мелани Кляйн описала как первый шаг в психическом развитии. Шаг, который, как она считала, состоит из расщепления и индивидуализации, расщепление объекта на идеализированные и плохие части, удовлетворяющие и фрустрирующие, а потому пугающие части. Следовательно, этот шаг состоит из похожего расщепления Я на идеализированные и злобные части. Идея Д. Мельцера заключается в том, что до момента описанного М. Кляйн должны происходить некие процессы: «Процесс, в котором существует, по крайней мере, рудиментарная дифференциация Я и объекта, как твердых пространств. Что бы это произошло, необходимо постнатальное переживание подкрепления перинатального переживания состояния психического контейнирования, подобное тому, как физически и физиологически контейнируется ребенок, находящийся в утробе» [28, с. 166]. Д. Мельцер обращает внимание на установление ритма сна с момента рождения ребенка, электроэнцифалографические ритмы. Так же обращает внимание, что младенец начинает свое «обучение» с первых минут жизни.

## 1.7 Д. Розенфельд. Взгляд на аутизм как на «закапсулированный опыт прошлого»

Давид Розенфельд из Буенос-Айреса. Жил и учился в Париже, Лондоне и в Соединенных Штатах. Он – консультирующий профессор в Университете Буенос-Айреса, тренинг-аналитик Буенос-Айреского Психоаналитического общества и екс-вице-президент Международной Психоаналитической ассоциации (IPA). Дэвид Розенфельд известен в мире психоаналитической работой с психотиками, в частности своими исследованиями того, как ценный опыт прошлого может быть «закапсулирован» в душе человека (например, аутичного ребенка или спасшегося в Холокосте взрослого) и, таким образом, сохраниться до того времени, когда обстоятельства дадут возможность вернуть и ре-интегрировать его. В 1996 он получил премию Мэри С. Сигурни за выдающийся вклад в психоанализ.

Д. Розенфельд, опираясь на З. Фрейда, исходит из предположения, что первые галлюцинации являются не зрительными или слуховыми, а сенсорными, тактильными: младенческое сосание с представлением материнской груди – это тактильная галлюцинация, представляющая собой первый психический механизм [56, с. 6]. Д. Розенфельд предполагает, что аутистический ребенок возвращается к первым впечатлениям его психического механизма: примитивным галлюцинациям, он закутывает и окружает себя этими сенсорными впечатлениями, и для лечения таких детей мы должны совершить путешествие, которое противоположно регрессии и идет через нормальные механизмы развития, описанные З. Фрейдом: а именно – «вынести вовне его тела активность, необходимую для перемещения эндогенного стимула. Тотальное событие затем конституализируется как опыт удовлетворения, который имеет наиболее значимое влияние на развитие индивидуального функционирования» [40, с. 318].

## Выводы по главе I

1. Как мы можем увидеть, теории и подходы к возникновению аутизма в некоторых вопросах совершенно различны, а в некоторых дополняют и продолжают друг друга. Л.Каннер и Л. Эйзенберг основывались на теории аутизма, как врожденного генетического заболевания. Они не отрицали влияния семьи, но рассматривали его роль как дополнительную, способствующую прогрессу заболевания.

2. М. Малер и Ф. Тастин рассматривают аутизм как состояние жизни, в котором доминирует чувственность (сенсорика) с одновременным обеднением эмоционального контакта. М. Малер подчеркивает важность телесных ощущений (сенсаций) как «кристаллизационных точек “чувствования себя”, вокруг которых устанавливается “смысл идентичности”» [[31](#Ref513125807), с. 47]. Сенсорно-эмоциональная интеграция является необходимой для того, чтобы чувствительность прошла путь до чувств. В норме это имеет место в ранних отношениях между ребенком и ухаживающим взрослым. М. Малер видела необходимость символического опыта, из которого возможно психологическое рождение, отпирающее ребенку вход в ментальный мир психики. Ф. Тастин описывает состояние аутистического ухода и шизоидной спутанности. Она видит аутизм как экстремальную реакцию на «иллюзорную травму» переживания телесного разделения – травма, которую Малер рассматривала в провале симбиоза.

3. Д. Винникотт писал об ужасной потере, когда «определенный аспект рта, исчезает, с точки зрения ребенка, вместе с матерью и грудью, – если сепарация наступила раньше, чем младенец достиг той стадии эмоционального развития, которая бы обеспечила его силами справляться с потерей. Такая же потеря матери несколькими месяцами позже, была бы потерей объекта без потери субъектом части самого себя» [[40](#Ref513125497), с. 222]. Термин, который Д. Винникотт использует для этого опыта – это психотическая депрессия [[40](#Ref513125497), с. 222]. Это «черная дыра» или «яма», часто упоминаемая депрессивными взрослыми пациентами, из которой возможность возврата чувствуется большой опасностью. Для аутичного ребенка в этом мире черноты, надежда не потеряна: она погашена, инкапсулирована.

4. Б. Беттельхейм, столкнувшись с опытом пребывания в концентрационных лагерях, создал теорию о том, что он назвал «экстремальной ситуацией», т.е. той ситуацией, в которой человек сталкивается с окружающей средой, ощущаемой им как непоправимо разрушительной… Беттельхейм считал, что аутичный ребенок охвачен тревогой, похожей на тревогу, порождаемую неизбежностью смерти, в силу того, что он очень рано субъективно почувствовал себя столкнувшимся с какой-то ситуацией, интериоризированной им как угрожающей. Это субъективное впечатление опирается на некоторую реальность и возникает в тот период, когда ребенок еще не имеет позитивного опыта, чтобы сбалансировать это чувство… Страх окружающего мира, ставшего пугающим и угрожающим для ребенка, не является результатом проекции его собственной агрессивности на окружающую среду, но есть следствие негативного истолкования ребенком аффектов, исходящих от самых значимых для него людей, без возможности применить защитные механизмы против тревоги, чтобы смягчить ее интенсивность. Аутистический уход в себя связан с чувством невозможности влиять на окружающую среду… Вслед за этим уходом в себя может произойти утрата интереса и к своему внутреннему миру, приводящая к исчезновению всех эмоций, вплоть до полного опустошения внутреннего мира и мира фантазий, сопровождающегося отвержением собственного Я.

5. Д. Розенфельд предположил существование аутистической инкапсуляции, сохраняющей инфантильные здоровые связи из младенчества и детства так же, как и язык. Д. Розенфельд формулирует гипотезу, в соответствии с которой терапевт способствует восстановлению языка через сенсорную стимуляцию с именованием каждого объекта, который эмоционально и углубленно исследует субъект. Это напоминает повторение хода нормального развития речи: когда ребенок учится читать или писать, он старается представить себе визуальный образ слова, включая все акустические и кинестетические образы, ассоциирующиеся с данным словом. В младенчестве чрезвычайно важным является сенсорный контакт с окружающим губ и слизистой рта ребенка.

# Глава II. Психоаналитическая психотерапия с детьми страдающими расстройствами аутистического спектра и их родителями

Э. Эриксон пытается передать идею об отрицательном воздействии ауто-чувствительности, когда пишет, что младенец будет «сосать свой большой палец» и «вести себя враждебно и своевольно» [33, с. 119]. Но при нормальном развитии, как показал Д. Винникот [14, с. 377], нахождение большого пальца приводит к изучению и наслаждению миром, отдельным от тела ребенка. Сосание пальцев или пальца ассоциируется с богатыми фантазиями и идеями, которые не позволяют ребенку ждать, пока более подходящее или подлинное удовлетворение наступит. Это не касается ребенка, который показывает признаки психогенного психоза. Клиническая работа с такими детьми показывает, что в отличие от нормального развития, где использование большого пальца, ассоциируется с фантазией, вместо этого у психотичных детей оно ассоциируется с завуалированными чувственными действиями. Эти действия становятся критериями «все есть» и «ничего нет» для существования ребенка. У него больше нет места ни для чего другого. Предположение Э. Эриксона несомненно бы относилось к таким детям.

Такой ребенок никогда не переживает «тоску». В его конкретном способе переживаний, отсутствие необходимого человека ощущается как «дыра», которая может быть с легкостью заполнена аутистическим объектом. Он испытывает «пустоту» и «небытие», что отлично от тоскования по необходимому человеку. Настойчивые повторения некоторых психотичных детей в психотерапии могут являться результатом чрезвычайного сговора с их использованием аутистических объектов. Если психоаналитик слишком пассивен или податлив, он может быть также использован в виде аутистического объекта. Прогрессом психоанализа можно считать тот момент, когда ребенок начинает скучать по психоаналитику. До этого момента, он будет замещать отсутствующего аналитика с помощью аутистических объектов, которые заблокируют любое чувство нехватки и последующее развитие воспоминаний для компенсации этого недостатка. Таким образом, он «бессмысленный», говоря в терминах Д. Мельцера [27, с. 160], и испытывает недостаток надежды. Вместо этого он находится во власти того, что мы называем «отчаянием», или как было описано Ф. Тастин в одном конкретном случае переживания психотичного ребенка этого явления как «черной дыры со злой колючкой» [58, с. 22].

## 2.1 Терапевтическое вмешательство

В терапевтической ситуации это замещение нужных людей аутистическими объектами, помогающее ребенку чувствовать себя всецело и в безопасности, приводит к поведению той части ребенка, которая наблюдателю покажется дурацкой, но которая для самого ребенка кажется жизненно важной. Только выяснив, что именно значит для ребенка подобное поведение, а также вступив и поняв его мир, мы способны ему помочь. Если же мы остаемся снаружи и только описываем его, мы можем попробовать подтолкнуть ребенка к нашим более нормальным формам поведения. Это позволит отставить нетронутыми и неизменными гнев и тревогу, которые дают начало такому специфическому состоянию. Также если мы безжалостно лишим ребенка его аутистических объектов, мы поставим сверх уязвимого ребенка, по выражению У. Биона, под удар «безымянного ужаса» [13, с. 4], к которому он не готов. Для того чтобы справиться с этим, он может развить еще более глубокую форму аутизма. Таким образом, обращение с процессом перехода от непомерного использования аутистических объектов к развитию чувства доверия к живым окружающим его людям, требует непревзойденного такта, терпения и навыков. Оно не может быть выполнено в поспешной, механистической манере. Нам необходимо терпеливо дожидаться подходящих моментов, когда мы можем продемонстрировать ему, что люди, несмотря на их непредсказуемость и смертность, способны оказать более долговечную и эффективную поддержку по сравнению с этими объектами, наполненными непомерной ауто-чувствительностью.

Этот поверхностный обзор происхождения и развития аутистических объектов не был бы полезным если бы ничего не было сказано о том гневе и тревоге, которые дают начало использованию подобных объектов.

## 2.2 Гнев и тревога психотических детей

Бесконечное обращение к аутистическим объектам означает, что психотичный ребенок пребывал в несовершенном необразованном состоянии, относительно не модифицированном дисциплинарными и гуманистическими элементами, в ходе младенческого ухода. Они находятся во власти элементарных несформированных паттернов, которые стереотипны и не включают в себя жизненный опыт. Они неконтролируемы и не были слажены в нормальном смысле. Они также находятся под влиянием атавистических элементов. Такие дети чувствуют угрозу со стороны хищных ртов и существ. Они ощущают, что могут быть размазаны, как насекомые. Они чувствуют, что они соревнуются с остальными существами за право выжить. Это соперничество «до крови зубов и когтей» и твердые аутистические объекты становятся удлинением ногтей и зубов.

Постоянное использование аутистических объектов означает, что психотичный ребенок обладает маленьким шансом научения выдерживать фрустрацию. При возникновении фрустрации, вспышка гнева проносится через мышцы и вены, что заставляет ребенка бояться полного уничтожения. Для того чтобы нейтрализовать этот смертельный ужас, он вцепляется в твердый аутистический объект. Это означает, что он не учится справляться с телесными или психическими раздражениями взвешенным продуманным способом.

## 2.3 Практическое воздействие при опознании аутических объектов

Во-первых, и это наиболее важно, понимание всего вышеописанного, включая природу, источник и функции аутистических объектов, позволяет нам рассмотреть психогенный детский психоз с состраданием, но без излишней сентиментальности.

Работники психологического и психиатрического поля деятельности, предлагающие негуманные методы лечения подобных детей, могут вскоре осознать, что за кажущейся нехваткой страха таких детей стоит ужас столь огромный, что его невозможно выразить. Он должен быть вербализирован с помощью терапевта, который поддерживает ребенка, испытывающего этот ужас. Это не означает, что безудержное отреагирование является повесткой дня.

С другой стороны те педагоги, которые стремятся излишне настойчиво приблизиться к таким детям, могут повлиять на их отношение. И они, и некоторые психоаналитики могут стать более активны и жестки в препятствовании и даже прекращению патологической деятельности ребенка. Например, определенные объекты могут быть изъяты у ребенка с тем, чтобы помочь ему развить более подходящие способы снятия напряжения. Или же мы может быть более строги в том, позволяем ли мы ребенку брать игрушки с собой домой или же, наоборот, приносить игрушки из дома в терапевтический кабинет. Однако любая подобная активность с нашей стороны, должна ассоциироваться с интерпретациями, показывающими, что мы понимаем значение подобного поведения ребенка. Также как необходимо быть одновременно и более дисциплинированным, и дисциплинирующим в нашей технике внутри кабинета, так и обнаружение воприпятствующих усилий аустистических объектов поможет видоизменить форму подачи наших интерпретаций. Это позволит сделать терапию более эффективной. Как только ребенок начинает чувствовать себя во внимании наших мыслей, заботы и переживаний о нем, он начинает удерживать свой опыт в своей психике в виде мыслей, воспоминаний и воображений. Непомерное использование аутистических объектов сходит на нет. Как показал У. Бион [12, с. 49-50], мать является связующим звеном здоровой психики и младенца, так же как и питательного молока. С помощью их чувственных отношений и поведения терапевты также могут передавать подобное психическое здоровье. Чувственное отношение к психотерапевтическому сеттингу является особенно важным для психотичных детей.

Во-вторых, аутистические объекты часто путают с переходными. Понимание природы аутистических объектов поможет не допустить этой неразберихи между аутистическими и переходными объектами, которые могут привести к неверной организации обучения и терапии, такой к примеру, как вступление в сговор с использованием аутистических объектов, вместо того, чтобы аккуратно отвести ребенка от столь недопустимого манипулирования ими и научить его более истинным способам защиты. В теории Д. Винникота переходный объект определяется как первичный «объект не-я», тогда можно сказать, что аутистические объекты – это «объекты-я» [12, с. 8]. Они не являются коммуникативными объектами, они служат особой цели – защиты и избегания опасности. Аутистические объекты особенны для каждого отдельного ребенка. Переходные объекты, такие как плюшевые мишки или приятные части материи, являются вещами, которые в большей степени нравятся и другим детям. В них есть определенное чувство общности [12, с. 3].

В-третьих, понимание природы и функционирования аутистических объектов дает нам возможность более глубокого понимания случаев, при которых психическое развитие психотичных детей было затруднено. К примеру, мы начинаем осознавать, что характерная и нетерпеливая манера психотичного ребенка расслабления себя с помощью патологического использования аутистических объектов, препятствовала его развитию уместных навыков и техник, которыми он мог бы делиться с другими людьми в своей культуре. Таким образом, сеттинг, в котором ребенок начинает учиться исходя из пережитого опыта (после того, как он отказался от аутистических объектов) и с помощью терапевта может освоить базисные различия и интеграции, которые при нормальном развитии принимаются как данность, есть значимое приложение к психоаналитической терапии.

В психотерапии мы должны быть особенно внимательны к недостатку или шаткой способности таких детей к символическому формированию. Символическая структура основана на способности использования заместителей для конкретных вещей или ситуаций. Она также основана на способности воспринимать себя отдельно от окружающего мира и, следовательно, применять абстракции. Использование материальных объектов, которые ощущаются как продолжение своего тела, не позволило психотичному ребенку развиться как все. Таким образом, мы не должны высматривать в его поведении сложные фантазии или идеи, которые характерны для невротических детей, т.к. он к ним не способен. Мы должны понимать, что сложные и изотерические интерпретации, которые иногда выдаются психотичными детьми, не несут для них тот же смысл, что для нас, хоть они и будут чувствовать себя «тронутыми» (вполне физически) нашей заботой и интересом. Парадоксально, но более глубокое понимание упростит наш подход к таким детям.

В-четвертых, это понимание природы и происхождения патологическим аутистических объектов позволит приоткрыть занавес в понимании перверсий, а также формировании фетишистских объектов. Были попытки приложить теорию Д. Винникотта о переходных объектах к формированию фетишизма [22], но открытия, полученные из работы с психотичными детьми указывали, что фетишистские объекты имеют больше общего с аутистическими объектами, нежели чем с переходными. Навязчивый критерий использования аутистических объектов также указывает, что они могут помочь нам лучше понять ранние проявления обсессивного невроза.

В данном контексте такие эмоции как любовь, ненависть, агрессия, зависть и ревность не были приписаны психотичным детям, в качестве основных детерминант их поведения. Это не из-за того, что эти эмоции считаются неважными, а из-за того, что клиническая работа с психотичными детьми показывает, что с ребенком стоит сначала говорить о дистрессе, тревоге, гневе и хищнической конкуренции, до момента, пока интерпретации о любви, агрессии, зависти и ревности наполнятся для него смыслом. Существует множество свидетельств того, что психотичные дети пережили мучительную боль осознания в младенчестве, где эти более сложные чувства переживались преждевременно и в плотно сжатом плане. Если мы станем интерпретировать эти чувства слишком рано, еще до того как у ребенка появится база для того, чтобы различить и вынести их, мы можем закрепить раннее развитие, которое привело к формированию «фальшивого-Я» (термин Д. Винникотта) [60, с. 140]. Наша задача – помочь искреннему, но тактичному ребенку выбраться из-под искусственных слоев аутизма, под которыми он чувствовал себя защищенным. Для этого нам необходимо быть в контакте с базовыми элементарными самыми глубокими уровнями самих себя.

Использование психоанализа в работе с аутичными детьми и их родителями широко распространено во многих странах мира. К сожалению, данное утверждение нельзя применить по отношению к России и странам СНГ. Этому есть много объяснений: отсутствие квалифицированных специалистов, не популярность данного метода из-за отсутствия необходимой информации, высокая стоимость и много другое. Так же можно обратить внимание на то, что не во все времена психоанализ применялся адекватно к данному виду заболеваний. Не хватало концептуальных методологических установок. В работе Д. Узеля «Работа с родителями. Психоаналитическая психотерапия с детьми и подростками» есть такая фраза: «Кажется парадоксальным, что психоанализ, делающий особый акцент на понимании и поддержке, может восприниматься как угроза и отвергаться как бесполезное и тяжелое бремя. Этот парадокс кажется мне очень поучительным, как и другие теоретические и технические «камни преткновения», которые очерчивают границы нашего знания на данный момент времени и в то же время могут указать на некие новые перспективы» [1, с. 127].

Ситуация, сложившаяся вокруг проблемы детского аутизма, напоминает ситуацию с невротическими расстройствами у взрослых в конце XIX века. В то время медицина столкнулась с загадочным симптомом конверсионной истерии. Данные симптомы не попадали ни под один из имеющихся в то время классификаторов болезней. Такая ситуация была совершенно не понятна для медицины. Это и стало отправной точкой для теории З. Фрейда. Он подверг сомнению, что любое сенсомоторное нарушение вызвано повреждением соответствующего нервного центра или нерва. Фрейд обнаружил, что смысл, а возможно и причина конверсионных симптомов кроется в прошлом человека, особенно в его раннем детстве. Этот смысл выявляется анализом его сознательных и бессознательных отношений со значимыми людьми в его жизни. Особое внимание уделяется первым годам жизни. Д. Узель писал: «Смысл симптома нужно было искать не в индивиде как таковом, а в динамике его отношений с другими объектами. Именно с этих позиций психоаналитики и начали исследовать детский аутизм и психологию раннего детства. Они оказались, с соответствующими оговорками, в ситуации, аналогичной той, в которой находились неврологи XIX века, – у них была теоретическая модель и техника исследования, которые хорошо подходили для определенных расстройств, но, будучи перенесенными на другие типы патологии, оказывались не только не эффективными, но и не безопасными. В ретроспективе причина такого положения вещей кажется достаточно прозрачной: психоаналитическое объяснение детской психопатологии привело к путанице между людьми из реальной жизни ребенка, в особенности родителями и персонажами его внутренней жизни. Открытие того факта, что аутичные дети страдают от разлитой тревоги и очень редко испытывают ощущение внутренней безопасности, так преломилось в сознании некоторых практиков, что они стали видеть в родителях основной источник тревожности ребенка и причину его трудностей» [1, с.128].

В главе I приведены суждения Л. Каннера о родителях аутичных детей, с которыми он встречался. Он обращал внимание на то, что за психическое развитие детей несут ответственность их родители. «Среди всей выборки лишь немногие матери и отцы действительно хотели помочь своему ребенку. Родители, дедушки, бабушки и прочие родственники были увлечены по большей части абстрактными вещами: наукой, литературой, искусством, и очень мало интересовались собственно людьми. Даже в самых счастливых семьях можно было увидеть холодные и формальные отношения» [46, с. 250]. Безусловно, данное мнение не могло не отразиться на подходах к лечению детского аутизма и на формирование мнения о родителях больного ребенка. Возможно, сам Л. Каннер и не был так радикально настроен по отношению к родителям, так как в его работах высказано предположение, что данное заболевание может иметь конституциональную этиологию: «Таким образом, мы должны признать, что у таких детей с рождения отсутствует способность устанавливать привычные, биологически запрограммированные эмоциональные отношения с людьми, наподобие того, как другие дети с рождения обладают физическими или интеллектуальными недостатками» [1, с. 42-43]. В дальнейших своих высказываниях Л. Каннер защищал матерей и не возлагал на них ответственность за болезнь ребенка.

С точки зрения психоанализа, аналитик исследует и интерпретирует отношения между пациентом и другими людьми. Надо иметь ввиду, что речь при этом не о реальных персонажах, окружающих пациента, а о воображаемых взаимоотношениях. Анализируется внутренний мир пациента, а не реальные факты, происходящие с человеком. Фрейд указывал, что при любых внешних обстоятельствах жизни индивида, особенно в детстве, когда происходит упорядочивание и структурирование психических процессов, такие внутренние конфликты и страдания, которые действительно могут завести в психопатологический тупик, возникают благодаря самой динамике внутренних процессов, определяющих ход развития. Травматические события также могут способствовать возникновению подобных психопатологических ситуаций, но они не могут рассматриваться в качестве этиологической основы психического расстройства. В ходе лечения пациента существует и другой подход: важно не происхождение симптомов, а их последствия. Такой тезис выдвинул Д. Узель в своей работе о детском психоанализе: «Естественные науки имеют дело с эффективной причинностью; в медицине, например, она составляет суть понятия “этиология”. Конечные причины определяют, на что направлен наблюдаемый феномен, то есть его “смысл”, а я хочу подчеркнуть, что это слово охватывает и его значение, и направленность. Психоанализ имеет дело с конечными причинами, со смыслами, а не с эффективными причинами, не с этиологией» [1, с. 131].

Основываясь на методике Д. Узеля по работе с родителями аутичных детей, можно выдвинуть основную мысль: важно, что бы родители начали думать о том, что означают симптомы их ребенка. Аналитик должен помочь родителям в поиске смысла этих симптомов. При этом не следует обвинять родителей в чем-либо или пытаться вызвать у них чувство вины. Д. Узель писал: «Если мы собираемся проделать вместе с ними этот сложный путь, мы в глубине своего сердца должны быть абсолютно уверены, что семья не является причиной заболевания ребенка,- независимо от тяжести его расстройства и степени его неадекватности при взаимоотношениях с его ближайшим окружением. Нам нужно раз и навсегда отказаться от психогенетической модели этиологии» [1, с. 132].

## 2.4 Терапевтический альянс

Одни психоаналитики предпочитают термин «терапевтический альянс», другие – «рабочий альянс». Первый термин ввела Э. Цетцель в работе «Современные концепции переноса» в 1956 г., второй – Р. Гринсон в книге «Техника и практика психоанализа» (1967). В современной психоаналитической литературе оба термина фактически равноправны и характеризуют необходимость установления для аналитической терапии отношений сотрудничества между пациентом и аналитиком. [5, с. 531]

Понятие сформулировано для того, что бы обозначить ту часть переноса пациента, которая используется не как защитный компромисс, а как средство для продуктивной аналитической работы. Д. Узель в 1986 году предложил использовать это понятие при работе с детьми и включить анализ родителей ребенка [44, с. 90-93]. Терапевтический альянс позволяет осознать смысл симптомов и душевных страданий ребенка. Для родителей это новый опыт и возможность получить хотя бы минимальное представление об ином способе мышления. Опираясь на технику работы Д. Узеля можно сказать, что альянс устанавливается на предварительных встречах с ребенком и его родителями. Совместные встречи наиболее эффективны. Аналитик должен попытаться выяснить (не задевая при этом чувства родителей), в чем может заключаться смысл внешних проявлений аутизма у ребенка.

Пример из практики Д. Узеля: двухлетняя девочка Алина страдающая аутизмом. «Один раз я уже встречался с ней в присутствии обоих родителей. На второй встрече, когда я зашел за ней в приемную, она выглядела очень расслабленной и ясно дала понять, что узнала меня (сидя на коленях у матери она потянулась ко мне, будто приглашая взять ее на руки). В тот момент она совсем не казалась аутичной. Но как только мы зашли в кабинет, она сразу же ушла в себя и в типично аутичной манере стала созерцать одну из своих рук. Я понял, что эта ситуация отличается от предыдущей,- отсутствовал отец Алины. Он опаздывал на консультацию, и мы начали встречу без него. Я сказал Алине и ее матери, что девочка, несомненно, рада видеть меня, но ее расстраивает отсутствие отца. Отец приехал через несколько минут. Как только он вошел в комнату, Алина перестала смотреть на свою руку и потянулась к отцу». [31, с. 133]

На этом примере видно, какую работу надо проводить на предварительных встречах, что бы помочь родителям понять, что аутичные симптомы ребенка имеют связь с существующими отношениями и ситуацией. Родители должны прийти к выводу, что им следует потратить время на психотерапевтическую работу. В продолжении следует объяснить родителям, как именно будет проходить и в чем заключаться терапевтическое лечение их ребенка. Д. Узель пишет: «…обычно я говорю родителям, что лечение состоит в том, что бы помочь их ребенку постепенно понять свои самые сокровенные чувства и показать ему, что другие люди тоже способны понимать, разделять и коммуницировать его переживания. В свою очередь, это может помочь ребенку преодолеть препятствия, мешающие его развитию, поскольку если о чем то беспокоящем тебя можно рассказать другому человеку, то оно теряет свою разрушительную силу и перестает быть причиной страдания» [31, с. 133].

После того, как становится явно видно, что родители пытаются понять интерпретации и комментарии терапевта можно говорить, что терапевтический альянс установлен. Это не отменяет возникновения сопротивлений в ходе работы, однако это важная часть долгой предстоящей работы имеющей неопределенный результат.

Существует гипотеза, предложенная Лесли и Фрит (Leslie & Frith 1988), базирующаяся на понятии «представление о психической жизни (theory of mind)» [31, с. 134]. Из данной теории следует, что аутичные дети не способны взаимодействовать со своим окружением потому, что у них отсутствует представление о психической жизни. Они не понимают, что окружающие их люди имеют эмоции, думают, фантазируют. В подтверждении данной теории было проведено множество исследований. Интерпретация результатов делится на две основные группы:

1. (этиологическая концепция) у аутичного ребенка существует конституциональная недостаточность неврологических ресурсов. Именно это и не дает им возможность получить представление о психической жизни;

2. второй способ учитывает защитные механизмы. Вступая в межличностные отношения, аутичный ребенок чувствует опасность, и единственный способ избежать ее – уклониться от любых форм межличностной коммуникации. Происходит отказ от физического контакта и визуального контакта. В таком случае, отсутствие у ребенка представлений о психической жизни можно считать следствием этого вынужденного избегания. Так же это является механизмом защиты от тревоги.

Однако Д. Узель описывает эмоциональные реакции аутичных детей как не очень понятные, но достаточно интенсивные и иногда даже агрессивные. Это является противоположностью тезиса об отсутствии эмоциональных реакций.

Аутичные дети находятся в состоянии постоянной борьбы с собственными эмоциями. Их избегающее поведение может рассматриваться, как стратегия уклонения от тех ситуаций, которые способны «запустить» эмоции. Если ничего не меняется, если мы без партнера, без общения, то мы максимально увеличиваем наши шансы на подавление всех внутренних побуждений – наших эмоций, которые ища выход, подталкивают нас к достижению цели, к контактам с другими людьми, к поиску и пониманию чего-то нового.

Д. Узель в своей работе с родителями аутичных детей пишет: «На мой взгляд, аутичный ребенок, безусловно, обладает эмоциями, причем очень сильными, но не знает, как удержать их под контролем или организовать таким образом, что бы они стали понятны его близким, которые могли бы разделить с ним его переживания. Эмоции аутичного ребенка можно сравнить со стремительным неуправляемым потоком. Внешне это проявляется двумя способами: в виде ”шквала” стереотипных движений, которые воспринимаются как отчаянная попытка обрести контроль над переполняющими его чувствами или как внезапные вспышки гнева, смешанного с тревогой, которые приводят в замешательство и ребенка, и его семью, поскольку явно идут вразрез с внешней ситуацией» [31, с. 135]. Очень важно, чтобы близкие могли увидеть эти сигналы, научились распознавать эмоциональное состояние ребенка. Необходимо говорить с ребенком о его чувствах используя простую и понятную терминологию и таким образом помочь ему взаимодействовать с другими людьми через осознание общих переживаний. Почти все дети хотят поделиться с родителями переполняющими их эмоциями. Это вполне естественный процесс. Как только малыш начинает говорить, он начинает использовать речь не столько для обмена информацией сколько для налаживания и поддержания контакта. «К овладению речи ребенка толкает возможность делиться своими переживаниями и исследовать посредством межличностного общения свой собственный внутренний мир и внутренний мир других людей» [31, с. 135]. Именно с такой проблемой сталкивается аутичный ребенок и именно поэтому он нуждается в помощи.

При работе с аутичными детьми огромную помощь могут оказать родители. Именно они ежедневно видят реакции ребенка на ту или иную ситуацию. Понимают, когда ребенок злится, беспокоится или чувствует себя расслаблено. Что бы ребенку удалось наладить общение необходимо предвидеть его эмоции. Зачастую, ребенок находится в тех состояниях, которые остаются для него не понятными, не знает как это называется и даже не может предположить, что другие люди могут чувствовать что то подобное и понять его. Терапевту и родителям необходимо активно использовать свою интуицию. Д. Узель пишет: «Я думаю, мы должны делиться с родителями не только нашей неуверенностью в безусловном понимании психических процессов и состояний, но и нашей убежденностью (не смотря на ошибки) в правильности постановки главной задачи – предложить ребенку наши интерпретации того, что он сообщает о своем состоянии. Это одна из важнейших функций родителей. У. Бион назвал это “способностью матери мечтать”, или “альфа-функцией”» [31, с. 137].

Д. Узель на базе метода наблюдения за детьми, созданного Э. Бик, разработал профилактическую терапевтическую технику, направленную на поддержку родителей. Терапевт наносит семье визиты 1-2 раза в неделю и проводит там часовые сеансы. Данный подход напоминает наблюдение за младенцами: терапевт должен быть готов воспринять все сознательные и бессознательные действия, адресованные ему ребенком и его семьей. После каждого сеанса все наблюдения подробно протоколируются, затем эти протоколы несколько раз в неделю обсуждаются родителями и терапевтом. Этот метод особенно эффективен в отношении маленьких детей (до 3х лет) с диагнозом «аутизм». Это помогает родителям оценить умственное развитие ребенка и понять его психическое состояние. По мнению Д. Узеля аутизм провоцирует снижение внимательности родителей по отношению к ребенку. Необходимо помочь им полностью восстановить эту способность, особенно в отношении расшифровок эмоционального состояния ребенка [31, с. 137].

Важную роль имеет оценка развития ребенка родителями и терапевтом. Для этого необходимы регулярные совместные встречи и обсуждения достигнутых результатов. Поддерживать друг друга и сверяться, что все «движутся в заданном направлении». Совместно намечается план предстоящей работы, обсуждаются измерительные процедуры, необходимость в которых появляется в ходе терапевтического процесса.

Часто родители сталкиваются с трудностью выбора адекватные оценочных критериев успеха развития ребенка. Д. Узель предложил свой личный опыт в этой области. Он пишет: «В основном родители начинают с того, что говорят об отсутствии какого-либо прогресса: “он такой же, как и был, если не хуже”. Затем они начинают обсуждать, что же все-таки изменилось и улучшилось у ребенка. Конечным результатом часового обсуждения тех изменений, которые можно зафиксировать, обычно является признание того, что имеются признаки существенного прогресса. Тогда почему положительный, в конечном счете, результат поначалу вызывает у родителей разочарование? Я думаю, что проблема состоит в выборе критериев оценки. Если оценка основана на обычных критериях развития - например, речь ребенка не слишком улучшилась, его способность к обучению все еще ограничена и т.д., - разочарование вполне понятно. Но в то же время стало легче устанавливать контакт и общаться с ребенком, его эмоции легче идентифицировать, время от времени он способен вести себя спокойно и разумно, и даже наблюдается некое подобие элементарной ролевой игры. Терапевты (а затем и учителя) должны помочь родителям изменить критерии оценки, научить их ориентироваться не на характеристики нормального развития, а на улучшение в коммуникативной и умственной деятельности ребенка» [31, с. 138].

Опираясь на теорию Д. Узеля можно сказать, что есть две основные причины для использования измененных (иных) критериев. Первая - не стоит ожидать, что ребенок с аутистическим спектром расстройств (уже существенно отставший в развитии) быстро приблизится к возрастным нормам. Понять ожидания родителей легко. Для них чрезвычайно важно что бы биологический возраст ребенка и его когнитивные способности и поведение постепенно сглаживались. Надо помнить, что аутичные дети в своем физическом развитии не отстают от сверстников. Необходимо помочь родителям понять всю ценность любого продвижения в развитии ребенка - как в межличностных коммуникациях, так и в психическом развитии. Терапия аутичного ребенка долгое и сложное дело. Для достижения успеха необходимо иметь уверенность, что терапия движется в правильном направлении и замечать даже минимальный прогресс.

Вторая причина состоит в том, что аутичные дети очень чувствительны к ожиданиям, которые возлагают на них взрослые из ближайшего окружения. Чем больше ребенок будет чувствовать, что родители ждут от него улучшений, определенных достижений или поступков, тем сложней ему соответствовать требованиям. Неоправданно высокие ожидания могут спровоцировать эффект, обратный тому, на который рассчитывали родители. Достигнутые результаты могут быть сведены на нет. Ребенок как будто чувствует на себе всю тяжесть возложенных на него ожиданий и в результате его беспокойство и тревога возрастают. Это одна из основных трудностей, с которыми приходится сталкиваться терапевту и родителям. Им приходится надеяться, что прогресс обязательно будет, делать все возможное что бы помочь ребенку достичь улучшений и в то же время не рассчитывать на результат, который будет виден в ближайшем будущем. Аутичным детям необходимо много времени для того что бы чему-то научиться. Достижения они демонстрируют не сразу и зачастую совершенно неожиданно.

Удивительное открытие сделал Д. Узель в своих исследованиях. Он обратил внимание, что иногда именно в тот момент, когда терапия начинает приносить реальные плоды, у родителей начинается сильная депрессивная реакция. Он назвал этот феномен «парадоксальной депрессией» [31, с. 139]. Он пишет: «Судя по моим наблюдениям, в основном ей (депрессии) подвержены матери, реже – отцы. Обычно ситуация развивается следующим образом: я доволен прогрессом, достигнутым ребенком, так как вижу, что ребенок больше общается и реально начинает обращать внимание на то, что находится за пределами его внутреннего мира. Однако, вопреки всем ожиданиям, родители жалуются, что ситуация стала хуже, чем раньше, и что их ребенок настолько труден, что у них просто опускаются руки. Кажется, что они на грани глубокого отчаяния». Можно предположить, что как только успехи ребенка начинают быть заметными, родители начинают понимать насколько сложная стоит перед ними задача и какой долгий путь им предстоит проделать. Изменения происходят очень медленно. Их ожидает серьезная сложная работа. Задача терапевта поддержать их, помочь поверить в свои силы. Д. Узель пишет: «Эта депрессивная реакция иногда напоминает послеродовую материнскую депрессию» [31, с. 140]. Находясь в депрессии мать не чувствует в себе силы справиться перед стоящей задачей, не ощущает достаточной поддержки со стороны близких. В подобной ситуации нельзя обвинять мать в отсутствии у нее материнских чувств или в нежелании выполнять свои обязанности по отношению к ребенку (такие крайние ситуации не рассматриваются в данном контексте). Женщина не уверена в собственных силах и самое правильное будет оказать ей поддержку. Дать возможность проявить свои материнские качества, чем сомневаться в них. Если терапевт займет критичную, обвинительную позицию, то он, возможно не осознавая, становится для нее своего рода Супер-Эго, которое мешает осуществить родительскую программу. Это является ловушкой, которую нужно постараться избежать. Необходимо понимать это и справляться с проекциями «неспособной матери» и «обвиняющей фигуры». Фаза парадоксальной депрессии особенно хорошо подходит для проработки проекции матери, а иногда и обоих родителей, на терапевта.

«Когда я сталкиваюсь с парадоксальной депрессией, я обычно говорю родителям следующее: “Хотя вы признаете тот факт, что у ребенка наблюдается прогресс, вы, возможно, считаете, что он идет слишком медленно, а достигнутые успехи слишком незначительны. Вы видите всю многогранность и сложность задачи, которую вам необходимо выполнить, если вы действительно хотите помочь своему ребенку. Это вас ошеломляет и заставляет сомневаться в собственных способностях”. Затем я добавляю, что терапевтическая команда, которой родители доверят, будут помогать им и поддерживать их столько, сколько потребуется. В этих обстоятельствах родители часто говорят о своих страхах относительно будущего: “Что изменится через год или два по сравнению с сегодняшней ситуацией? Что случится, если у вас больше не будет возможности помогать нам?”» [31, с. 140].

Иногда случается, что парадоксальная депрессия захватывает и профессионалов, включая терапевтов, которые занимаются лечением ребенка. Это может привести к необоснованным изменениям в лечении или вовсе в прекращении его. Такая ситуация чрезвычайно сложна для родителей и ребенка.

До тех пор, пока ребенок не переходит на индивидуальную терапию, на сессии присутствуют родители. Именно в этот период проводится подготовительная работа, направленная на установление терапевтического альянса. Как только ребенок начинает общаться с терапевтом наедине, родителям предлагаются встречи не реже одного раза в месяц (при условии, что встреча длится не менее часа). Не стоит ограничивать родителей в выборе тем для обсуждения, надо дать им возможность рассказывать о ребенке все, что приходит в голову. Если они захотят, то можно обсудить и их личные проблемы. Но, терапевт должен помнить, что обсуждение индивидуальных проблем родителей не является основной задачей. Если есть необходимость, то родители могут обратиться к другому специалисту, не включенного в работу с их ребенком. Не желая того, родители могут оказаться в роли пациентов. Из этого следует, что терапевтический альянс не был создан. Такая ситуация мешает родителям справляться с стоящей перед ними задачей. Д. Узель пишет: «В начале 1970-х годов, начиная работать с маленькими детьми, страдающими аутизмом и психозами, я придерживался традиционных представлений, выражающихся в том, что психопатология ребенка обязательно отражает личностные расстройства или дисфункцию одного или обоих родителей. Отсюда следовало, что проблемы и конфликты родителей нужно искать в их прошлом. Я старался строить беседы с родителями в соответствии с этой моделью, но, к моему удивлению, обычно не добивался каких-либо существенных результатов. Я все больше убеждался в том, что этот псевдо-этиологический подход неэффективен, и со временем совсем отказался от него. Тем не менее, я уверен, что, оставляя в стороне претензии этиологического подхода, полезно все же исследовать историю семьи ребенка, его прошлое, особенности его отношений с родителями, воспоминания родителей о разных моментах его жизни и т.д....» [31, с. 142]. Эта информация будет помогать аналитику лучше понять ребенка и разобраться в проблемных ситуациях. Можно сделать вывод, что к работе с родителями аутичных детей необходимо подходить комплексно.

## Выводы по главе II

1.Успешный опыт психоаналитического подхода к лечению детей с расстройствами аутистического спектра продемонстрированными Френсис Тастин и Дидье Узелем свидетельствуют о эффективности метода. Данным метод позволяет затронуть глубинные проблемы происхождения аутизма. Работа ведется и с родителями и с детьми, позволяя постепенно корректировать психику ребенка. Психоанализ помогает справится с душевной травмой семьи в целом и ребенка в частности.

2. Психоаналитическая терапия заключается в поиске смысла происходящего. Неясные симптомы переживаются пациентами как необъяснимая боль, страдание и страх. Понимание того, что за симптомом стоит переживание, невыносимое для ребенка, дает возможность ответить на его потребность. Такое общение может вызывать ответную коммуникацию от ребенка. Так начинает развиваться общение, навыки и как следствие - речь.

3. Психоаналитическая работа должна быть направлена на создание пространства в котором царит доверие. Ребенок учится получать поддержку и доброту от другого человека. Проигрывая различные сюжеты можно исследовать страхи и победить пугающие переживания. От невозможности выразить свои чувства и желания возникает агрессия и истерики. Понимание, исследование и проработка этих чувств позволит ребенку справиться с переживаниями.

# Глава III. Метапсихологическая оценка ребенка

## 3.1 Методология исследования

В метапсихологической оценке детей использовалась методика разработанная Анной Фрейд. В исследовании отражается информация, состоящая из сведений разной ценности. Они относятся к разным областям и слоям личности ребенка: органические и психические, врожденные и приобретенные элементы, его окружение: травматические и благоприятствующие события; развитие, поведение и достижения прошлого и настоящего; удачи и неудачи; защиты и симптомы и т. д. В такой ситуации важен комплексный подход. Необходимо исследовать полученную информацию и анализировать ее относительно различных факторов.

Исследование было проведено на основе нескольких встреч с детьми страдающими расстройствами аутистического спектра от 5 до 10 лет.

В виде критериев участия в исследовании был возраст старше 3х лет, но не достигший подросткового периода.

Количество встреч было от 5 до 8. Участие в научном исследовании было обговорено заранее, и было получено согласие на использование данных детей и их родителей анонимно в данной работе.

На основании исследования были созданы профили детей, представленные ниже.

Психоаналитическое исследование позволило выявить особенности структуры личности (Эго, Супер-Эго), фиксации, защитные механизмы, детско-родительские отношения.

Представлено три профиля детей.

## 3.2 Описание методов и методик исследования

Описание используемых методов и методик представлено в Приложении 3.

## 3.3 Профиль 1

Метапсихологическая оценка ребенка (Профиль ребенка)

Обследуемая: Маша[[1]](#footnote-2) (имя изменено)

Возраст: 4 года 5 месяцев

Обследование проводилось в клиническом центре МИПА и в квартире обследуемой. Проводилась оценка диагностического профиля по методике А. Фрейд.

Было проведено пять сессий, из них четыре совместные с ребенком и матерью и одна – только с матерью. На одной сессии присутствовал отец ребенка.

1**. Причины обращения и предварительные комментарии**

Мать откликнулась на объявление о проведении исследования для написания выпускной квалификационной работы. Диагноз F84.02 «Аутизм вследствие других причин» был поставлен, когда ребенку исполнилось три года. Родители обратились к психиатру с жалобами на головные боли (внутричерепное давление).

Маша не говорит (издает звуки) и социально не адаптирована в соответствии с возрастом.

**2. Описание ребенка, симптомов и первичной встречи**

После нескольких телефонных переговоров, объяснения матери цели и задачи проводимого исследования была назначена встреча. Первую встречу мать перенесла из-за простуды Маши. Знакомство было сдвинуто на неделю.

На встречу Елена (мать) и Маша опоздали на пятнадцать минут. В кабинет «влетели» стремительно и с решительным настроем. Женщина извинилась за опоздание: «Мы еле Вас нашли, извините» – хотя, уже год учится в этом здании.

Маша – привлекательная девочка с вьющимися светлыми волосами. Большие голубые глаза. Немного избыточный вес, но он ее не портит. Выглядит немного младше своего возраста.

С девочки быстро сняли верхнюю одежду, переобули в «домашнюю» обувь. Я предложила Елене снять обувь и занять удобное место. Она быстро выполнила просьбу, села на диванчик у входной двери и сказала, что проходить вглубь кабинета не будет. Предложила девочке осмотреть игрушки, но уже через минуту держала ее за руку и показывала игрушки на стеллажах в середине кабинета.

Ребенок не обращал на меня никакого внимания. Мать говорила: «Она сейчас привыкнет, сначала так всегда». Эта фраза была сказана как бы в извинительном тоне несколько раз.

Пара осмотрела кабинет. Маша не на чем не останавливала свое внимание больше двух-трех секунд. Через некоторое время Елена села на пол напротив меня, и мы начали разговор. Для более комфортной беседы я тоже пересела на пол.

Девочка продолжала исследовать кабинет. Лицо не выражало никаких эмоций, но было понятно, что ей достаточно комфортно. Она бормотала не разборчивые слоги. Кричала достаточно громким высоким голосом. Маша слабо интересовалась игрушками, и сюжетной игры не возникало, большую часть времени ребенок провел в суете и моторной активности, которая с трудом поддается описанию. Она топала ножками, бегала по определенной траектории, пыталась залезть на стеллажи без определенной цели. Исключение составило мытье доски тряпкой (заняло порядка трех минут). В ответ на мое предложение обратила внимание на пластилин.

Лепка шариков из пластилина заняла максимально долгое время. Маша не могла сидеть спокойно на стуле более одной минуты, но постоянно возвращалась к лепке. Ребенок по-прежнему не обращал на меня никакого внимания, но когда я подавала упавший со стола предмет, брала его в руки.

Были использованы все куски пластилина. Маша прикладывала к этому занятию максимально возможную силу руки. Первым для работы был выбран черный пластилин, вторым желтый. (Далее подобный выбор цветов будет виден и в рисунках).

На последующих сессиях Маша играла со мной в мяч. Она явно слушала мои слова: «один - два - три - бросаю…» и была готова поймать. Иногда, Маша бросала мяч мне в ответ. Когда в кабинет вошёл отец, Маша «не приняла» его в игру с мячом.

Мать рассказывала об истории своей семьи и раннем детстве Маши, но постоянно обращалась к ребенку. Не проходило и трех минут, чтобы Елена не сказала что-то Маше, не начала помогать ей или что-то советовать.

Диагноз «F 84.02 - аутизм вследствие других причин» был поставлен Маше в возрасте трех лет. С этого времени девочка посещает занятия АВА терапии два раза в неделю по два часа и групповые занятия один раз в неделю. По мнению матери это дает хороший результат. Около года ребенка водили на нейрокоррекцию (работа с телом). Именно от этих занятий был максимальный эффект, но педагог переехала в другой город, и занятия пришлось прекратить. Постоянно посещают занятия с логопедом.

**3. История развития**

*Сведения о семье*

*Мать* – Елена, 36 лет. Приятная темноволосая женщина. Улыбчивая, коммуникабельная. Закончила ВУЗ по специальности экономист. Работает в консерватории в АХО (закупка канцтоваров и т.п.). Год назад поступила в МИПА на курсы по дефектологии. Затруднилась ответить, зачем ей это надо и планирует ли она таким образом помогать Маше. Мать и отец Елены живы. Проживают в Москве и с ними поддерживаются хорошие отношения. Бабушка Валентина Петровна присматривает за Машей пока родители на работе.

*Отец* – Максим, немного старше Елены, военнослужащий. Перед рождением Маши увольнялся в запас, но так и не смог найти себе гражданскую профессию. Через два года восстановился на службе. Слегка избыточный вес. Высокий мужчина с громким командным голосом. Очевидно, что Маша пугается, если отец ругает кого-либо из домашних (включая животных).

*Старший брат* – Илья, 16 лет. Окончил музыкальную школу по классу кларнет. Сейчас посещает курсы при «пироговке». Увлекается биологией и химией. Высокий, худощавый юноша с вьющимися волосами до плеч. Со слов матери «с удовольствием» уделяет время Маше и легко находит с ней контакт. Однако во время моего пребывания в семье данное поведение продемонстрировано не было. Маша зашла в комнату к Илье и полезла в шкаф. Юноша выставил ребенка за дверь, не разобравшись в ситуации. В дальнейшем выяснилось, что Маша хотела взять из шкафа мяч и поиграть.

*Старшая сестра* – Александра, 15 лет. Планирует поступление в музыкальное училище. Увлекается рисованием. Девушка приятной внешности. Светлые длинные волосы, хорошая фигура.

Когда Александра узнала, что мать беременна, то выразила свое недовольство ситуацией. «Вы у нас спросили? Нам это надо?». На тот момент девочке было 11 лет.

Семья живет в спальном районе Москвы (городок военнослужащих). У старших детей свои комнаты. Маша «живет» в комнате с родителями, хотя возможность выделить ей собственную комнату есть.

*Сведения о ребенке*

Ребенок в младенчестве развивался без видимых отклонений. Своевременно начала гулить (около двух-трех месяцев), но позже мать обратила внимание, что гуление было без «переклички». Маша не подавала звуков в ответ на общение с ней взрослых. Издаваемые звуки были беспорядочны. Приучение к горшку было «стандартным». Родители трудностей не испытывали. «Все, как у всех». Наблюдающие ребенка терапевты отклонений не обнаруживали. В возрасте около 3х лет обратились к невропатологу с симптомами раскачивания и вероятными головными болями. После обследования был поставлен диагноз «Аутизм вследствие других причин».

Девочка проявляет большую избирательность в питании. До двух лет было ожирение (сейчас ребенок достаточно упитан). Молоко не пьет ни в каком виде кроме мороженого. Любит сладкое. Берет маму за руку и указательным жестом просит вкусняшки в виде пряников, печенья и т.п. Полученные сладости Маша не всегда доедает. Я наблюдала ситуацию, при которой Маша откусывала от пряника несколько раз, оставляла его и шла просить следующий. Иногда у девочки бывают боли в животе. При переходе от грудного вскармливания началась аллергия.

Елена жалуется, что Маша регулярно производит дефекацию, находясь в ванной. Родителей это беспокоит и ограничивает в некоторых возможностях (водить ребенка в бассейн, поездка на пляж).

Со слов родителей Маша чаще пребывает в спокойном созерцательном состоянии. Раскладывает кубики, смотрит в окно. Однако ни на одной из наших встреч Маша подобного поведения не демонстрировала. После того, как она соберет стену из кубиков (происходит быстро, кубики устанавливаются ровно друг к другу), Маша разбивает сооружение достаточно агрессивно (пинает ногой или с силой толкает руками).

Иногда девочка тычет в себя указательным пальцем. После этого на теле остаются синяки. Маша часто раскачивается сидя на полу и кружится. Если мать делает замечание и просит остановиться, то такое действие прекращается. «Она может контролировать себя, например, когда мы в транспорте».

По ночам девочка часто скрипит зубами. Иногда (вероятно, часто) приходит по ночам в кровать родителей. Когда Маше было 2-3 года, она постоянно просыпалась по ночам и мать ее успокаивала. Вероятно с тех пор ребенок «гостит» в родительской кровати.

Некоторые звуки Машу раздражают. Например, она не любит звук мясорубки и фена, хотя пылесос не вызывает никакой реакции. Спокойно относится к запахам. Мать со смущением рассказала, что Машу привлекает запах ног. Ребенок чувствительно относится к грязи. Одежда должна быть чистой, вокруг должно быть чисто.

Дома живут собака и кошка. Ребенок не проявляет к ним интереса. Животные отвечают взаимностью.

*Личная история ребенка*

Беременность матери была запланированной. Захотелось «понянчить ляльку». Мать работала до выхода в декретный отпуск. Но на протяжении беременности два раза лежала в больнице на сохранении. Первое сохранение – начало беременности. Со слов матери: «ничего страшного… “Мазня” какая-то». Второе сохранение (в конце беременности) было связано с набором веса.

Маша родилась крупной. Рост 59 сантиметров, вес 4840. Как закричал ребенок, мать точно не помнит. Из роддома выписались через три дня. Осложнений и отклонений выявлено не было.

Вскармливание грудью было до полутора лет. Но когда Елена приняла решение, что выходит на работу из отпуска по уходу за ребенком, то они с мужем уехали на два дня на дачу, а ребенка оставили с бабушкой. Именно таким методом было прекращено кормление грудью и у старших детей. Однако этот эксперимент не удался, ребенок заболел (вероятно, простуда) и на какое-то время кормление было продолжено. Вторая попытка была по тому же сценарию. Родители уехали, оставив девочку с бабушкой на два дня. После этого кормление грудью было прекращено.

Когда Маше было около двух лет, родители начали замечать некоторую необычность. Ребенок был неулыбчивым. Не появлялся указательный жест. Педиатр успокоила их, сказав, что Маша развивается в пределах нормы. «Пол веником подметает, значит все хорошо».

**4. Возможные значимые факторы развития**

Машиному рождению предшествовало расставание родителей. Со слов Елены: в семье все было хорошо. Отношения с мужем были ровные и не вызывали беспокойства (хотя, изредка она могла проверить его телефон… «не знаю, зачем… просто, посмотреть...») Ситуацию изменила встреча одноклассников, на которую Максим (отец Маши) уехал в родной город не далеко от Москвы. Там он встретил «первую любовь», которая нуждалась в помощи и заботе. Постепенно эта помощь переросла в другие отношения и Елена «не заметила, как утек в другие руки». Максим продолжал приезжать в семью, помогал по хозяйству. Елена была «разбита, пустилась во все тяжкие. Земля уходила из-под ног, мир перестал быть стабильным». Такое состояние Елены продолжалось до тех пор, пока у нее не начался роман с другим мужчиной.

Романтические отношения длились около двух лет. Елена была лидером в этом союзе. «Ко мне прислушивались, выполняли мои просьбы, я была главная и мне это нравилось». Мужчина был младше Елены на шесть лет. Отношения закончились из-за перевода мужчины в другой город.

На протяжении времени пока Елена и Максим не жили вместе, их взаимодействие не прекращалось. Со слов Елены муж не давал ей «свободных отношений». Задавал вопросы, проверял телефон. На вопрос: «Почему не развелись официально?» – был ответ: «У нас была служебная квартира. Боялись ее лишиться из-за развода». Максим постоянно помогал семье по хозяйству, заботился о детях, но «в семью» не возвращался. При душевных разговорах Максим сказал: «если попросишь, я вернусь». В итоге Елена попросила мужа вернуться, и семья воссоединилась. «Остались обиды. После его ухода рухнул мир, и мне пришлось пересмотреть жизненные ценности. Я была от него зависима. Отношения уже никогда не станут такими, как раньше…».

Для «склейки» семьи супруги решили завести ребенка. Обращает на себя внимание тот факт, что после воссоединения семьи Елена и Максим стали называть друг друга «мама» и «папа».

У бабушки Елены было пятеро детей. Все дети (в том числе мать Елены) выросли успешными людьми. Исключение составил младший Коля (дурачок, работает маляром). Коля был поздним ребенком. Елена ассоциировала свое рождение с рождением дяди Коли: « Я тоже поздний ребенок. Боялась, буду Колей». Хотя у Елены только один старший брат. Эту ассоциацию женщина переносит и на Машу: «Маша родилась поздно. Она третий ребенок в семье. Как Коля».

Безусловным травматичным фактором в жизни девочки было прекращение грудного вскармливания. Причем данная травматизация повторялась дважды. После первого случая у Маши началась сильная простуда, а после второго возникла аллергия, что указывает на психосоматический фактор.

**5. Оценка развития**

*Развитие влечений, развитие либидо, точки фиксации либидо*

Хронологически девочка находится в эдипальной стадии развития (4г. 5мес.).

Фактически эдипальная фаза не является доминирующей, присутствуют фиксации на перинатальной, оральной и анальной стадиях развития, что находит отражение в поведении ребенка (фантазии, вероятно, примитивны, что выражается в игре и рисунках). Используются аутистические защиты. Гиперактивность можно расценить как маниакальную защиту, за которой стоит депрессия (аутоагрессия). За депрессией – потеря объекта в младенчестве. Маша с трудом переносит разлуку с матерью.

Психосексуальное и когнитивное развитие задерживается. Наблюдаются нарушения образа тела, первичный уровень формирования идентичности (телесной). (Маша пытается сесть верхом на лошадку размером 5-7 см).

Видно, что девочка не прошла стадию сепарации (индивидуации) с матерью и находится с ней в симбиотических отношениях (псевдосимбиоз). Между матерью и ребенком наблюдается адгезивная идентификация. Образ отца не сформирован. Близкие (за исключением матери) в окружения ребенка являются условно значимыми фигурами. Контакта с окружающими людьми нет (зрительный контакт с терапевтом установлен только при игре в мяч, телесный в минимальном проявлении). Речь эхолалична. Направлена на себя и не несет социальной нагрузки. Складывается устойчивое впечатление, что произнесением звуков ребенок контейнирует себя. Наблюдается высокая моторная активность (ажитация). Удерживать внимание на чем-либо сложно.

Точка развития либидо – аутоэротична. Ребенок перевозбужден. Либидо диффузно и слито с агрессией. Имеют место садо-мазохистские проявления.

**Выводы**

В момент создание семьи мать Маши была молодой девушкой. Старший сын (Илья) родился вскоре после заключения брака, Елене на тот момент было чуть меньше двадцати лет. Через год родилась старшая дочь (Александра). Несмотря на рождение детей Елена продолжала учебу и была социально активна. Данное обстоятельство дает возможность предположить, что Елена не была морально готова к роли матери. «Беременность была неожиданной, я еще не закончила учебу». Первый ребенок (неожиданный) окончательно сформировал семью, второй ребенок (неожиданный) дал семье развитие отношений, третий ребенок (желанный, по словам матери) выполнил функцию «склейки» семьи после развода. Можно сказать, что родители не осознают свою роль, семья развивается по инфантильному сценарию.

Зачастую Елена демонстрирует парадоксальное поведение. Например, во время сессии говорит, что сядет на диван и тут же проходит в кабинет. Постоянно контролирует поведение Маши. У ребенка нет возможности сделать что-то самостоятельно. Её действия постоянно комментируются и поправляются. «Маша сама умеет одеваться» - говорит Елена и помогает ребенку надеть куртку. Часто наблюдается нарушение временных и пространственных границ (опоздание на сессии, ребенок в спальне родителей). У Елены ощущается высокий уровень тревожности. Она пытается контролировать пространство вокруг (включая терапевта: «предложите ей порисовать», «хорошо, что вы сели на пол, так удобней»).

Маша «живет» в комнате родителей, хотя в квартире есть возможность выделить ребенку отдельную комнату. Это не дает возможности родителям остаться одним. На ребенка возложена функция урегулирования отношений между матерью и отцом. Елена говорит о том, что после расставания с мужем на него остались обиды. Ощущается, что обиды усилили постродовую депрессию и в эти переживания был втянут ребенок. Негативные эмоции были перенесены на Машу. Можно утверждать, что данная беременность являлась первертной.

Аллергическая реакция и непринятие молока Машей указывает на то, что у матери было неприятие беременности. («Беременность была с сохранением»). В дальнейшем ребенок имел избыточный вес. Можно сказать, что через избыточное кормление заполнялась эмоциональная пустота и отсутствие отношений. Доэдипальные отношения особое внимание уделяют приему пищи и связанному с этим процессом. Что еще раз указывает на проблемы орального периода.

Анализ сессий указывает на сложившиеся психотоксичные отношения в семье. (У отца сложные отношения с сыном, старшая дочь излишне самостоятельна, параллельные романы родителей).

На развитие ребенка повлияли:

* развод родителей, негативное отношение к беременности матери старшей сестры;
* незрелость родителей, нарушение родительских ролей;
* депрессия матери во время беременности и после родов;
* конфликт матери с окружением (нарциссическое ядро матери);
* отсутствующий отец;
* транс гендерный перенос (дурачок дядя Коля).

Для стабилизации отношений в семье и улучшения психосексуального развития ребенка Елене рекомендована психоаналитическая терапия, Маше – терапия, направленная на поддержание социальных навыков.

## 3.4 Профиль 2

Метапсихологическая оценка ребенка (Профиль ребенка)

Обследуемый: Костя (имя изменено)

Возраст: 6 лет[[2]](#footnote-3)

Обследование проводилось в клиническом центре МИПА.

Всего было проведено шесть совместных встреч с матерью отцом и ребенком с целью диагностики и сбора анамнеза.

**1. Причины обращения и предварительные комментарии**

Отец Кости откликнулся на мое объявление о проведении исследования для написания выпускной квалификационной работы.

Диагноз мальчика – F84.02 «Аутизм вследствие других причин» был поставлен, когда Косте исполнилось три года.

На данный момент родителей беспокоит поедание ребенком различных предметов. Например, карандаши. Он сгрызает их до такой степени, что сильно повреждает десны. Приходилось даже обращаться к доктору.

Также беспокоит агрессивное поведение по отношению к сиблингу.

Иногда Костя сильно бьет себя по голове кулаками, щиплет себя, грызет ногти. Бывают смены настроения. На погоду появляется головная боль. Сильная реакция на не приятные запахи. Сильно скрежещет зубами по ночам.

В раннем детстве был астигматизм. Сейчас зрение в норме. Планируется операция по удалению грыжи.

**2. Описание ребенка, симптомов и первичной встречи**

Отец позвонил по телефону и практически сразу договорился о встрече.

Семья в составе: отец, мать и ребенок – приехали за 15 минут до начала сессии. Все были настроены доброжелательно, хотя родители заметно волновались.

Костя – высокий, худой ребенок. Выглядит на пару лет старше своего возраста, пока не начинает говорить. Короткая стрижка, видны «синяки под глазами».

Я предложила ребенку пройти в кабинет и рассмотреть его. Он с радостью согласился и тут же начал снимать с полок игрушки. Родители сели недалеко от двери и за время сессии ни разу не прошли вглубь кабинета.

Костя сразу заинтересовался металлическим будильником. В нем сели батарейки, и он активно пытался его починить. Без разрешения взрослых (и совершенно без всякого смущения) Костя начал искать батарейки. Он проверил все закрытые шкафы и несколько раз спросил: «ну, где же хранятся батарейки?!» Батарейки оказались в другой игрушке, и он попытался их вытащить. Процесс был сложным и занял достаточно много времени. Костя повторял: «очень плохо, когда не работает, надо починить…».

На протяжении всей сессии сюжетной игры не получилось (если не брать в расчет замену батареек в будильнике). Костя поочередно брал игрушки и бросал их, так и не начав взаимодействия. На мои предложения поиграть в песке (например, сделать зоопарк или гору и корабли) ответ был «нет». При этом Костя активно интересовался всеми техническими приспособлениями в кабинете. Задавал уточняющие вопросы. Повторно спросил мое имя в ходе диалога.

В это время Виктория (мать Кости) молча наблюдала за процессом. Она выглядела так, будто не имеет отношения к этому ребенку. Что бы ни делал Костя, она совершенно не реагировала. Сергей (отец Кости), наоборот, пытался контролировать все действия ребенка. «Нельзя бросать игрушки», «нельзя рассыпать песок», «батарейки надо поддеть, тогда получится»… Сергей очень внимательно слушал все высказывания сына и пытался не допустить нежелательного (с его точки зрения) поведения.

В ходе сессии родители рассказывали о своей семье. Было заметно оживление в их рассказе, когда речь заходила о младшем сыне Лене: «он очень веселый и сообразительный мальчик», «Костя благодаря ему развивается», «это наше спасение»…

*Дополнение – 2я сессия*

На вторую сессию семья пришла в полном составе. Костя сразу занялся будильником, а младший брат играл самостоятельно. На протяжении всей сессии дети не делали попыток совместной игры, хотя был одинаковый сюжет. Костя из песка готовил обед «Готовлю для всех. Я самый голодный и худой. Мне большую тарелку. Вторую тарелку Нине (это я), а дальше всем остальным. Я болел, и мне надо много есть. Варим пшеничную кашу». При этом рядом Леня «готовил блины» на всю семью.

В ходе сессии Костя рассказал, что очень злится на брата. Леня испортил ему кадр, когда Костя снимал на камеру. «Я очень злюсь! Очень! Я ударил его». При этом Костя с силой сжимал кулаки. «Он мне мешает!».

Виктория рассказала, что Костя бывает очень агрессивным и часто бьет младшего брата.

*Дополнение – 3я сессия*

Сессия состоялась днем в рабочее время. Пришла вся семья. Выяснилось, что сначала простудился младший ребенок, а на следующий день Костя.

я: Костя, а зачем ты заболел? Разве болеть хорошо?

К.: Да! Я хочу, что бы обо мне заботились. Мама приносит мне таблетки (Костя грызет и разжевывает даже очень горькое лекарство). Я худой и слабый, потому что болел…

я: Но ты же вырастишь и станешь сильным и большим?!

К.: Да, я стану больше и сильнее папы.

*Дополнение – 4я сессия*

Семья в полном составе. Костя предлагает мне поиграть «в кресло» (кресло офисное с подъемным механизмом)

Мы поднимаем максимально высоко сиденья кресла и садимся на него. Нажимаем ручку подъемника и спускаемся вниз. Костя хочет играть именно со мной. Родители заняты младшим сыном. (Надевают на него костюмы пожарного, каски и фотографируют). Мы играем с Костей в «кресло» около 30 минут.

По окончании сессии Костя обнимает меня и говорит на ухо: «Папа выбросил в мусоропровод мой планшет. Чужой дядя его принес». Уточнил у родителей: «Вы слышали, что я сказал?»

**3. История развития**

*Сведения о семье*

*Мать –* Виктория, 34 года. Женщина с приятными чертами лица. Каштановые волосы чуть ниже плеч. Крупные карие глаза. Избыточный вес.

В 17 лет начала жить с мужчиной (Павел) гражданским браком. Через семь лет отношения были зарегистрированы, но уже через год они развелись. Совместно создали компанию по разработке сайтов и технической поддержке. Ни до, ни после этого Виктория не работала. Специального образования нет.

*Отец –* Сергей, 39 лет. Высокий, крупный (немного избыточный вес) мужчина. Занимается ремонтом и изготовлением мебели. Улыбчивый, коммуникабельный.

Родился и вырос в Узбекистане (русская семья). С Викторией у него третий брак.

Первый раз женился сразу после армии. Любимая девушка не дождалась, и он по возвращении сразу сделал предложение ее подруге. Через 9-10 месяцев родилась дочь Александра. Сейчас ей 19 лет. Иногда созваниваются с дочерью, но постоянного общения нет. После рождения Александры, Сергей попал в тюрьму за хулиганство (статью не называет, в подробности не вдается – вероятно, что-то более серьезное). Находясь в тюрьме, получил от жены уведомление о разводе.

После освобождения из места заключения «хотелось семью» и почти сразу женился. Брак продлился около семи лет. Родились два сына: Даниил, 14 лет и Елисей, 8 лет. Жена употребляла алкоголь, увлеклась наркотиками. «Я ее возненавидел и ушел». Сейчас регулярно платит алименты, но с бывшей женой общаться не хочет. Дети инициативы в общении не проявляют. «Они хотят только выгоду. Если я буду им нужен, всегда могут позвонить». В настоящее время бывшая жена вылечилась от наркозависимости и посещает баптистскую церковь.

Бабушки ребенка живы и живут не далеко, но контакты поддерживаются минимально. Дедушки умерли. Причем, отец Сергея был убит. Обстоятельства уточнить не удалось. Сергей не стал рассказывать это при ребенке: «Это были 90е…».

*Младший брат* – Леонид, 5 лет, на 11 месяцев младше Кости. Немного ниже ростом, более упитанное телосложение. Внешне производит приятное впечатление. При разговоре с Леней кажется, что он младше своего возраста. Многие буквы не выговаривает. Сюжет игры характерен для ребенка 3х-4х лет. На одной из сессий я предложила игру «болото». Мы налили в таз воды и «населили его жителями». Жители Леонида были в основном зубастыми чудовищами, которые выскакивали из таза и пытались съесть терапевта.

В ходе игры Леонид практически не обращает внимания на старшего брата. Часто взаимодействует с мамой, реже с папой.

Ребенок легко идет на контакт.

*Личная история ребенка*

Беременность матери не была запланированной, но это событие восприняли «как должное, без огорчений и особого восторга».

Беременность проходила тяжело. Уже с самого начала Виктория лежала в больнице на сохранении. На первой недели беременности появился токсикоз. Были сильные отеки, доктора диагностировали кистоз. Началась потеря веса. До беременности – 90 кг, во время беременности – 93 кг, после родов – 82 кг.

Роды проходили «тяжело и больно». Им предшествовала стимуляция.

У ребенка было обвитие пуповины вокруг шеи и асфиксия. Не дышал около 30 секунд. Соответственно, закричал не сразу и слабо. Вес ребенка при рождении 3700 гр., рост 53 см.

Три дня после родов Виктория не видела сына. Что с ним происходило в это время, она затруднилась ответить.

С кормлением возникли трудности. Костя брал грудь, но не ел. Со слов Виктории его вынуждены были кормить при помощи «силиконовых штук». Что это такое и как происходило кормление, рассказать не смогла. «Ну, такие насадки на грудь…нет, не зонд… не знаю, как объяснить….». Не смотря на сложности в кормлении, ребенок набирал вес по норме. Отклонений в развитии не наблюдалось.

Тревожные симптомы родители стали замечать, когда Косте исполнилось 8 месяцев. На тот период Виктория уже была беременна вторым ребенком. Родителям казалось, что сын отстает в развитии. К восьми месяцам Костя еще не начал вставать. Когда ребенку было около года он начал биться о стенки кровати, пытался сломать ее. В итоге Косте удалось выломить борта.

Говорить слоги Костя начал рано, но на момент рождения младшего брата этот навык был утерян.

Когда ребенку исполнилось три года, стали проявляться приступы обжорства. Так бывает и сейчас. Костя съедает огромное количество еды (со слов матери), а потом у него болит живот. До года у ребенка был избыточный вес. Но, после продолжительной болезни (простуда, которую лечили антибиотиками и вызвали дисбактериоз) Костя стал худым.

После болезни (точный возраст не ясен, родители постоянно называют разные периоды) у Кости начался энурез. В сад ходил в памперсах (с двух до трех лет). Потом «Вика решила лишить его памперсов». К четырем годам процесс нормализовался, но сейчас родители будят ночью детей (около двух часов) для того, что бы они сходили в туалет.

По рассказам родителей у Кости нет аллергии или каких либо кожных заболеваний, однако, около рта заметно покраснение, похожее на аллергическую реакцию (диатез?).

*Возможные значимые факторы развития*

Беременность и роды у Виктории проходили тяжело. По состоянию здоровья (способ кормление, слабость) первые месяцы семье было сложно. Но уже через два месяца Виктория снова забеременела. Со слов матери – вторая беременность проходила легко и она ее «даже не заметила». «На Косте это не отразилось, и Сережа очень помогал».

Уже в 2 года Костя начал ходить в детский сад, хотя физически не был готов к этому. Ребенок не был «приучен к горшку», не мог самостоятельно взаимодействовать с другими детьми и взрослыми. В саду случались истерики.

Костя проявляет самоагрессию. Бьет себя кулаками (по телу и по голове), бьется об пол, щиплет себя, грызет ногти. Так же агрессия проявляется и в отношении младшего брата и домашних животных. «Их надо убить. Они не нужны!» Костя позволяет обнять себя родителям (терапевту тоже можно), но младшему брату это категорически запрещено.

Во время болезни и беременности матери многие функции по уходу за Костей взял на себя отец. Сергей придерживается мнения, что у мальчика должно быть строгое воспитание. Отец возлагает на сына непосильный груз в виде соответствия и принадлежности к мужскому роду. «Ты мужик и тебе никогда не больно», «мужики не плачут». Вероятно, такой вектор отношений был задан с младенчества.

Учитывая, что у Сергея есть дети от первого и второго браков и отношения с ними практически не поддерживаются, можно допустить, что воспитание ребенка не является для мужчины первоочередной задачей.

*Оценка развития*

Хронологически мальчик находится в фаллической стадии развития. Доминирующий конфликт на фаллической стадии состоит в том, что Фрейд назвал Эдиповым комплексом. Первоначально объектом любви у мальчика выступает мать. С момента рождения она является для него главным источником удовлетворения. Это говорит о том, что мальчик стремится играть роль своего отца, и в то же время он воспринимает отца как конкурента. «Я вырасту больше и сильнее папы». Однако очевидно, что ребенок отстает в когнитивном развитии от своего возраста. Ему с трудом удается вступать и поддерживать контакт с посторонними людьми. Речь не развита в соответствии с возрастом. Игра примитивна и не имеет сюжета, длится короткое время.

Прослеживаются четко выраженные фиксации на оральной стадии развития (переедание, обсуждение своего голода). Процесс сепарации индивидами проходил с затруднениями. Ребенок не может назвать у себя хороших качеств, а из отрицательных называет только худобу. Используются аутистические защиты. Например, Костя не всегда «слышит», что к нему обращаются. Не отвечает на задаваемые вопросы (необходимо повторять несколько раз, если он не сконцентрировался на собеседнике). Наблюдаются навязчивые состояния. Костя подолгу щелкает выключателями. Вероятно подобными действиями ребенок контейнирует себя, снимает стрессовое состояние.

Отец выполняет функцию суперэго, дающего запреты и определяющего систему координат. Либидо направлено на мать, что соответствует стадии развития ребенка, но имеет агрессивную основу.

Наблюдается высокая моторная активность. Ребенок находится в перевозбужденном состоянии (что подтверждается энурезом).

Прослеживается низкий порог терпимости к фрустрациям.

**4. Выводы**

Беременность Виктории не была запланирована. Родители не стали отказываться от ребенка («в семье должен быть ребенок»), но и положительных эмоций от случившегося они не испытывали. Ребенок был необходим для окончательного формирования семейных отношений. После родов ребенок находился без матери три дня. Этот возрастной период попадает на точки фиксации аутизма (последний месяц беременности – первый месяц после родов).

Учитывая тяжелую беременность и роды, Виктория так и не приняла изменение своего статуса. Она сильно худела, что подтверждает отвержение ребенка во время беременности. Несмотря на то, что Костя был еще младенцем, испытывающим трудности со здоровьем, уже через два месяца после родов «случилась» новая беременность. За Костей ухаживал отец. Это говорит о том, что развитие симбиотических отношений, а впоследствии сепарация и индивидуация проходили с нарушениями. Мальчик пытался разрушить кровать, бился об нее, устраивал истерики.

В раннем детстве у Кости случались приступы обжорства. Данный факт указывает на сложные отношения с матерью и присутствие депрессивного состояния (заедание стресса, заполнение пустоты в отношениях). Ребенок часто соматизирует (болит живот, простуды). Агрессия по отношению к сиблингу и самоагрессия говорит о депрессивном состоянии.

Появление энуреза говорит о недостаточном контейнировании и перевозбуждении мальчика.

## 3.5 Профиль 3

Метапсихологическая оценка ребенка (Профиль ребенка)

Обследуемый: Максим[[3]](#footnote-4) (имя изменено)

Возраст: 9 лет

Обследование проводилось в клиническом центре МИПА и в квартире обследуемого. Проводилась оценка диагностического профиля по методике А.Фрейд.

Было проведено пять сессий, из них три совместные с ребенком и матерью, одна – только с ребенком и одна – только с матерью.

**1. Причины обращения и предварительные комментарии**

У мальчика присутствует страх смерти, большая тревожность (плачет 8-10 раз в день). Диагноз F84.02 «Аутизм вследствие других причин» был поставлен, когда ребенку исполнилось два года.

**2. Описание ребенка, симптомов и первичной встречи**

Ольга (мать Максима) обратилась ко мне по рекомендации знакомой. Ей рассказали, что я пишу работу на тему психоаналитического подхода к проблемам РАС у детей, это вызвало интерес и желание поучаствовать в проекте.

Первая назначенная встреча была перенесена из-за того, что ребенка пригласили на день рождения друга и «не хотелось бы пропускать». Меня попросили приехать к ним домой для первого знакомства.

Ольга высокая женщина с длинными каштановыми волосами. Приятная внешность, хорошая фигура.

В назначенное время я приехала на встречу. Максим вышел поздороваться. Он слегка улыбнулся, и мы пожали друг другу руки. Ольга извинилась за то, что не успела покормить ребенка и сейчас готовит обед. «Надеюсь, нам это не помешает. Мы поговорим, пока будет вариться». Ольга попросила Максима поиграть какое-то время в комнате, чтобы рассказать историю семьи.

Обед для Максима был готов, но Ольга не торопилась позвать ребенка. Она с охотой рассказывала мне о детстве Максима, о своих отношениях с родителями и мужем. Через какое то время мальчик подошел к матери и спросил: «Когда же я буду есть?!». Ольга спохватилась, и мы сделали перерыв.

Максим светловолосый мальчик с голубыми глазами. У него чрезмерно лишний вес. Выглядит как надутый пупс. Одежда неопрятная, слегка растянута.

На обед у Максима была котлета и макароны. Ольга разрезала все на мелкие части и перемешала. Максим включил мультфильм на планшете и стал медленно есть. Макароны рассыпались у него по животу и падали на пол. Он не обращал на это никакого внимания. Параллельно с этим мальчик постоянно ковырял пальцем в носу. Обед занял значительное время и проходил в тишине (не считая звука планшета).

После обеда Максим был настроен доброжелательно и готов к общению. Первое, что он рассказал: «У меня умер дедушка еще до того, как я родился. Это ужасно, что люди умирают. У меня есть мультфильм про Боба, он умирает в каждой серии, я покажу. Там проводят разные жестокие эксперименты над Бобом».

Я: Какая серия самая страшная?

М.: Наверное, та, где его разносит на куски. Как выжить в пустыне полезная серия. Страшно про атомную бомбу.

Я: думаешь, большая вероятность атомной войны?

М.: думаю да. Надо знать, как вести себя, если будет ядерная война. В Америке живут сумасшедшие люди. Такое может случиться.

В дальнейшем разговор затронул войны в других странах (особое внимание уделялось погибшим) и плавно перешёл на тему взаимодействия между людьми.

У Максима есть девочка, которая ему нравится. «Она меня бросила… я рано признался ей, что она мне нравится. Других причин нет. Я умный, оценки хорошие».

Я: ты считаешь себя лидером в классе?

М.: Я мог бы быть лидером, но кое что мешает…

Я: ?

М.: (Смотрит на маму, которая находится метрах в четырех от нас, берет себя за живот и почти шёпотом) Вот видишь, это…

Я: (перехожу на шёпот) Что это значит? Это лишний вес?

М.: Потом расскажу.

В этот момент Ольга спрашивает у Максима: «Если я мешаю, то могу уйти». Максим молчит. Ольга из комнаты не выходит.

**3. История развития**

*Сведения о семье*

*Мать* – Ольга. Старший ребенок в семье. Две сестры (одна младше на 1,5 года, другая на 3). Отношения с мамой складывались неоднозначно с самого детства. «Она все время по хозяйству, ей трудно было… Она очень авторитарная. Душевно не поговоришь». С отцом отношения «ровные». Особо вспомнить нечего. Он около трех лет болел онкологией. Умер за два года до рождения Максима.

Наиболее близко общалась с младшей сестрой. Со средней была постоянная конкуренция. «И сейчас отношения непростые». В основном Ольгу воспитывала бабушка, и о ней сохранились теплые воспоминания.

*Отец* – Игорь. Единственный ребенок в семье. Замкнутый. С родителями отношения сложные. Из-за незначительного скандала десять лет не разговаривал с отцом.

Ольга познакомилась с Игорем, когда ей было 23 года, а ему 25 лет. Они оба работали в IT структурах. Игорь, «несмотря на свою замкнутость и диковатость» записался на занятия танцами. Это решение он принял потому, что в этой группе танцевала его любимая девушка (любовь не была взаимной). Через какое-то время в группу пришла Ольга. Молодые люди начали встречаться и достаточно быстро стали жить вместе. Уже через несколько месяцев Ольга забеременела. Это было неожиданностью для пары. «Я сразу решила, что оставлю ребенка. Игоря пришлось убедить, что это правильно».

Беременность проходила сложно. В квартире Ольги и Игоря шёл ремонт. Строителей приходилось постоянно контролировать и подгонять. Эту функцию взяла на себя Ольга. Параллельно этому она пыталась защитить диплом. Было перенапряжение. На пятой неделе беременности Ольгу положили на сохранение (гипертонус).

Перед рождением ребенка ремонт так и не был закончен, и они переехали жить к Ольгиной матери. На тот период Татьяна (мать Ольги) жила одна. Отец умер за год до этих событий (онкология).

Беременность продлилась дольше срока на неделю (42 недели). Уже была договоренность о дате начала стимуляции и именно в этот день у Ольги начались схватки. Роды проходили сложно. Ольга решила не использовать анестезию, чтобы не навредить ребенку. Муж постоянно был рядом. Помогал дышать (ходили вместе на курсы). Неожиданно что-то пошло не так. Схватки прекратились. Доктор принял решение, что нужно делать прокол пузыря.

Ребенок родился почти фиолетового цвета. Закричал после прочистки носа. На голове у мальчика была большая гематома. Его сразу положили матери на живот и начали зашивать порывы. Процедура проходила без анестезии. Ольге было очень больно, и она отталкивала ребенка. На ночь ребенка унесли.

Почти сразу выяснилось, что ребенок болен желтухой. Из роддома выписались через десять дней. Сложилось впечатление, что у Ольги была постродовая депрессия. Она рассказала, что много плакала, была обидчива и чувствительна. Около двух-трех месяцев Ольгу не покидало чувство тревоги. Ребенок плохо спал. Бабушка «принесла в дом» кишечную инфекцию, когда Максиму было две недели. Вся семья тяжело перенесла эту болезнь.

Вскоре после рождения ребенка Игорь стал позже приходить домой. В семье начались скандалы. «Выяснилось, что он покупал пиво и пил его в парке на лавочке. При моей маме ему это было неудобно».

*Сведения о ребенке*

Роды Ольги длились четырнадцать часов. Она вспоминает, что это было больно и трудно. Доктору одновременно поступило две роженицы по контракту. «Из-за того, что меня прекратились схватки (слишком долго ждала доктора) – пришлось делать стимуляцию». Ребенок родился с младенческой желтухой и большой гематомой на голове. Первые несколько месяцев Максим плохо спал. Есть вероятность (Ольга точно не знает), что в первые две недели он перенес кишечную инфекцию. Когда мальчику было три-четыре недели, то исследование УЗИ показало увеличенную печень. Ребенок худел, постоянно кричал, болезненно брал грудь. После обращения к остеопату выяснилось, что у Максима неправильный «захват груди и ему правили мышцы шеи». После этого процесс питания наладился. Однако в три месяца снова появились сложности. Максим отказался брать грудь. Так продолжалось четыре-пять недель. Причины отказа от груди Ольга не знает, версий выдвинуть не удалось. Какое-то время Максим ел из бутылочки, но далее процесс кормления восстановился. Далее кормление грудью продолжалось до двух лет.

В три месяца Ольга стала замечать необычные действия ребенка. Максим мог подолгу качать головой. Он не обращал внимания, когда к нему подходили взрослые. Для засыпания на улице нужно было усиленно качать коляску или возить ее по ухабам. Время от времени случались истерики. Ребенок кричал очень сильно, и понять причину было не возможно.

Когда Максим стал сидеть, то родители начали использовать прогулочную коляску (более открытая). У ребенка появился страх улицы. На детской площадке начинал громко и долго кричать. На руках сидел плохо. Постоянно крутился.

Ползать Максим начал в семь месяцев. В восемь научился стоять на ногах. Пошёл после года (мать точно не помнит).

Проблемы со сном сохранялись. Ребенок хорошо засыпал на фитболе (клали на мяч и немного качали), но через тридцать минут он уже просыпался. После перевода ребенка на прикорм началась сильная аллергия. «Почти на все! Даже на гречку. Ели шесть продуктов».

Около года начали появляться первые слова (мама, папа), был указательный жест и ответная улыбка. Однако в два года случился регресс. Максим перестал разговаривать и пропал указательный жест. В еде появилась маниакальная разборчивость. Уходили приобретенные навыки, начал ходить на цыпочках. Иногда Максим стучал затылком о стену. Бывали случаи, что Максим ложился на пол и просто смотрел в потолок. Игрушки его не интересовали (за редким исключением колеса игрушечных автомобилей). Сначала родители не придали этому значения, но однажды Ольга осталась с ребенком наедине на несколько дней. «Я увидела, что это зверек. Он не видит меня, не слышит и я вообще ему не нужна». (Мать не смогла связать регресс ни с какими изменениями в жизни семьи или другими факторами). Родители обратились к невропатологу и в два с половиной года Максиму поставили диагноз «Ранний детский аутизм».

**4. Возможные значимые факторы развития**

*Факторы окружения*

С самого раннего детства ребенок столкнулся с непреодолимыми сложностями. Стимуляция родов, постродовая депрессия, технические ложности при кормлении, заболевание печени и головные боли, связанные с гематомой. Данные факторы не могли не отразиться на психологическом развитии младенца. Нельзя не отметить тот факт, что на протяжении всего периода у родителей были сложные отношения. В семье случались скандалы, при которых присутствовал Максим. Игорь приходил с работы, включал компьютер и пил пиво. С семьей взаимодействовал минимально. Ольга постоянно думала о разводе, но единственным доходом в семье была заработная плата мужа. «Было страшно остаться без средств».

Когда Максиму исполнилось полтора года, Ольга начала работать. Она находилась дома, но на некоторое время (не полный рабочий день) закрывалась в отдельной комнате. Для такой деятельности родители вынуждены были нанять няню (Евгения). В скором времени родители заметили существенный регресс в развитии ребенка.

После установления диагноза Игорь стал еще хуже относиться к Максиму. Со слов Ольги он мог ударить ребенка (Максим прятался от отца под столом). Иногда бил и ее. Несмотря на это, Ольга не инициировала развод. «Я полностью занялась Максимом. Мне было не до развода».

У ребенка началась интенсивная терапия. Выяснилось, что Максим страдает головными болями из-за недостаточного кровоснабжения головного мозга. При помощи остеопата данная проблема была решена. Мальчику выписали витамины группы В и назначили специализированную диету. Несколько раз в неделю он посещал АВА занятия и центр «Солнечный мир», где ему проводили телесную терапию.

Мать Максима находилась в подавленном состоянии долгое время. У нее были проблемы со здоровьем (перенесла пневмонию на ногах), ссоры с мужем, большая физическая нагрузка. Однако когда она узнала о диагнозе ребенка, ей стало легче. «Мне стало все понятно. Появилась программа действий».

Когда Максиму исполнилось семь лет, у Ольги случился роман. Это поспособствовало разводу с мужем.

Сейчас ребенок живет с отчимом (называет его Лёша), но общение с отцом стало более позитивным, чем когда они жили вместе. Иногда Максим просит, что бы папа жил с ними вместо Лёши.

**5. Оценка развития**

Хронологически Максим находится на генитальной стадии развития (9 лет). Присутствует интерес к противоположному полу, уделяется внимание внешности (лишний вес вызывает волнение). Активно проявляется интерес к внешнему миру. Однако произошла фиксация на оральной и анальной фазе, что находит отражение в поведении ребенка (переедание, близкое к обжорству, неопрятность в еде). Используются аутистические защиты и диссоциация (не реагирует на обращение, погружается в компьютерные игры, мультфильмы).

У ребенка присутствует сильный страх смерти. Без особого повода может заплакать несколько раз в день, что свидетельствует о депрессивном состоянии.

Либидо направлено на познавание внешнего мира.

Развитие Эго и Супер-Эго отстает в развитии относительно возраста.

**6. Выводы**

Беременность в жизни Ольги наступила в момент значительных перемен в ее жизни. Не задолго до этого она потеряла отца (вся семья находилась в трауре), у нее только начинался роман с Игорем, на работе были сложности и наступило время сдачи диплома в институте. Все эти события наслаивались друг на друга и у женщины не было возможности «прожить» каждое из них в полной мере. Безусловно на семью повлияла страшная болезнь и смерть отца. Ольга предпочитает не говорить на эту тему, но видно, что горе для нее не пережито и траур длится по сегодняшний день. Страх смерти присутствует у Ольги уже достаточно долгий период. То обстоятельство, что ремонт в однокомнатной квартире длился долгие месяцы (с деньгами сложностей не возникало) говорит о том, что эмоционально семья не была готова к отдельной самостоятельной жизни и рождению ребенка.

Роды проходили сложно. Максима положили на живот матери в то время, когда ее зашивали после родов. У матери был сильный стресс, боль. В первые минуты жизни ребенок столкнулся с опасной ситуацией.

На протяжении семи лет в семье продолжались скандалы. Игорь был сына и жену. Атмосфера была напряженной. Тот факт, что Ольга не инициировала развод наводит на мысль, что Игорь мог быть заменяющей отца фигурой. В любом случае отношения в семье были депривированы.

В два года Максим сильно регресироварл. Данный факт совпал с началом работы матери и появлением в семье няни. Мать не может пояснить какие события спровоцировали регресс, но очевидно, что с Максимом что то происходило. События развивались на фоне «отсутствующего» отца, занятой матери, сложных отношений между бабушками и Ольгой.

Когда Максиму исполнилось семь лет у матери появился любовник. Ребенок знал об этом. Более того на него была возложена ответственность хранить все в секрете от отца. Адюльтер послужил поводом для развода.

В настоящее время ребенок находится в депрессивном состоянии. Контенирующая терапия Максима и параллельная терапия матери помогут сбалансировать состояние ребенка.

## Выводы по главе III

1. По результатам проведенного исследования можно утверждать, что дети с аутистическим спектром расстройств функционируют на психотическом уровне. У них ярко выражена оральная фиксация (как следствие дефицитарности заботы матери или псевдо симбиотических отношений). Структура Эго диффузна. Привязанности нарушены. Отсутствует либидинозное наполнение отношений с первичным объектом, потерян контакт с членами семьи, что критически отражается на развитии Я. Обследуемые дети затрудняются или совсем не в состоянии устанавливать объектные отношения.

2. Процесс сепарации индивидуации детей проходил с осложнениями либо не случился в принципе. Ребенка либо «не отпускала» либо «так и не приняла мать». Очевидно, что дети переживали страдания в младенческом возрасте. Отклик матери на потребность ребенка не соответствовала запросу (не происходило рождения собственной ценности, человеческой коммуникации и соответственно проблемы с развитием речи). Все дети продемонстрировали самоуспокоение (кружение, звуки, стереотипизация). Психоаналитические концепции рассматривают данную тревогу как ощущение бесконечного падения и распада на части. Образ тела у всех анализируемых детей был не до конца сформирован. Дети продемонстрировали сильную тревожность и депрессивное состояние.

3. Все дети, участвующие в исследовании используют аутистические виды защит. В частности используются:

Примитивная изоляция - или аутистическое фантазирование – уход от действительности. Наблюдается уход от социальных ситуаций и межличностного общения. Превалируют фантазии внутреннего мира.

Отрицание – наблюдается использование слов и действий. Зачастую слово «нет» повторяется по нескольку раз, хотя ситуация не требует такого интенсивного отказа. Искажается реальное представление о происходящем. Зачастую отрицание приобретает маниакальных характер.

Примитивная идеализация и обесценивание. Дети с расстройством аутистического спектра испытывают невероятные страхи. Одним из способов, которым ребенок может уберечь себя этих подавляющих страхов, является вера в то, что кто-то, какая-то благодетельная всемогущая сила обеспечивает защиту. М. Кляйн определяла идеализацию как защиту от персекуторной тревоги. Обратная сторона идеализации – обесценивание. Дети с РАС испытывают сильную тревогу от отсутствия в жизни стабильности и совершенства. Обесценивание помогает снизить уровень тревожности.

Проекция - это процесс, в результате которого внутреннее ошибочно воспринимается как приходящее извне. Грань между Я и не Я стирается. Внешние объекты серьезно искажаются. Вероятно в младенчестве, не получив ответной реакции на их проекции (восприимчивых заинтересованных объектов) этот механизм начал подавляться и искажаться, а как следствие подавлялось умственное развитие.

Интроекция - это процесс, в результате которого идущее извне ошибочно воспринимается как приходящее изнутри. В гипертрофированных формах она ведет к примитивной идентификации со значимыми другими.

Проективная идентификация - череда проекций и интроекций. Чрезмерная проективная идентификация приводит к сильной спутанности между собой и объектом, который также становится на место себя. С этим связано ослабление Я и грубое нарушение объектных отношений.

Расщепление Я - мощный межличностный защитный процесс, истоки которого находятся в довербальном периоде, когда младенец еще не может отдавать себе отчет в том, что заботящиеся о нем люди обладают и хорошими, и плохими качествами, и с ними связаны как хорошие, так и плохие переживания. Данная защита позволяет справится с мощной персикуторной тревогой.

Диссоциация – исследуемые дети регулярно прибегают к данной защите, что усугубляет развитие межличностных навыков общения.

4. У наблюдаемых детей ярко выражаются страхи не имеющие конкретных причин (на фоне общей тревожности). Обследуемые дети боятся некоторых бытовых шумов, новых помещений, новых маршрутов. Категорическим отказом отвечают на предложение новых продуктов питания.

Костя и Максим обращали внимание на страх распада (взрыв атомной бомбы), страх поглощения (в играх про чудовищ), страх проникновения (отравление). Маша с большим трудом переносит расставание с матерью даже на очень короткий период. У детей наблюдается тревожный сон.

4. У всех обследованных детей наблюдались следующие признаки расстройства аутистического спектра:

- Нарушение социальных навыков (контакты и взаимодействие);

- Ограниченные интересы и особенности игры;

- Склонность к стереотипиям (повторяющиеся движения);

- Нарушения вербального общения;

- Расстройства интеллекта.

Психоаналитическая терапия позволит понизить уровень тревожности и создать базовое пространство для социализации. Так же психоаналитическая терапия будет полезна для родителей детей, участвующих в проекте. Семья – особая социальная группа. Это первый источник социализации ребёнка, определяющий его дальнейшую жизнь. Процесс успешной социализации зависит от микроклимата семьи. Изменения, которые происходят с одним членом семьи, влияют на всю семейную систему в целом. В приведенных выше случаях прослеживается единый тренд развития отношений в семье. Все анализируемые семьи не были готовы к рождению ребенка. Матери не принимали свою беременность. У женщин ярко протекала постродовая депрессия. Состояние здоровья после родов было плохим. Все анализируемые дети перенесли какие-либо заболевания в раннем младенчестве (точке возникновения аутизма). Разлучение с матерью сразу после родов. Родители вспоминают, что уже на первых месяцах жизни младенца были некоторые отклонения от нормы, но на тот период они просто не придали этому значения.

# Заключение

Проанализировав литературу, посвященную проблемам расстройств аутистического спектра у детей и сопоставив теоретические выводы с анализом клинических профилей можно сказать, что психоаналитический подход к решению данной проблемы незаслуженно отодвинут от основных методик лечения. Передовые методики, используемые в подавляющем большинстве направлены на научение ребенка социальным навыкам, но не принимают в расчет его душевные травмы. В ходе терапии (игра, интерпретации, работа с переносом и контр переносом) возникает пространство для проработки «проблемных зон».

Мы видим, что дети с расстройствами аутистического спектра с раннего детства имеют особенности развития. Прослеживается нарушение в принятии родительской роли пары у которой рождается ребенок. По различным причинам младенец не получает соответствующий отклик со стороны матери (или лица о нем заботящегося) на направленный ей запрос. Процесс контейнирования не достигает необходимого качества. Ребенок вынужден создать свой иллюзорный кокон, в котором он способен выжить. Малыш учится самоуспокоению, находя его в ритуалах и навязчивых повторениях, все больше само изолируется, что приводит к разрушению интеллекта. Источник интенсивной тревоги связан с непереносимым ощущением отдельности. Признать присутствие и существование другого, значит признать свою отдельность, но это чревато страхом потери значимых отношений. Потеря связи с другим является угрозой самому существованию. Поэтому дети с аутизмом могут активно создавать шум и гам, издавать звуки при попытке с ними заговорить. Такое активное сопротивление является более здоровым проявлением по сравнению с полным отсутствием реакции на других.

Ребенок развивается с психотической структурой личности. Происходит утрата тестирования реальности. Распад структуры самости и первичного объекта. Наблюдаются фиксации на ранних стадиях психосексуального развития (превалирует оральная фиксация). Ярко выражены и гипертрофированы аутистические виды защит. Они устанавливают и сохраняют максимально возможную дистанцию в контактах с миром. Настойчивые попытки привлечь внимание такого ребенка, добиться ответа словом или действием не имеют успеха.

Такие дети не развивают практически никаких форм активной избирательности в контактах с миром, целенаправленность не проявляется у них ни в моторном действии, ни в речи. Они почти не пользуются центральным зрением, не смотрят целенаправленно, не рассматривают ничего специально. Поведение ребенка является по преимуществу полевым и определяется не активными внутренними устремлениями, а случайными внешними влияниями. Полевое поведение детей носит особый, сразу узнаваемый характер. Линия поведения определяется в большей степени даже не столько самими вещами и их свойствами, сколько взаимным их расположением в пространстве.

В связи с особенностями ранних объектных отношений Эго и Супер-Эго развиваются с отставанием. Объектные отношения устанавливаются с трудом или вовсе отсутствуют.

Психоаналитическая терапия таких детей может проводится в игровой форме. Игре с игрушками дети-аутисты могут предпочитать стереотипные манипуляции с ними ради тактильных ощущений. Постепенно необходимо начать обсуждать переживания, которые стоят за патологическим поведением ребенка, попытаться их понять и дать возможность ощутить себя понятым и что кто-то разделяет его страдания, интересуется его переживаниями – все это помогает ребенку ощутить связь с другим человеком. Такой опыт лежит в основе зарождающейся коммуникации и развивающейся привязанности. В работе с детьми-аутистами обсуждение их переживаний не всегда является вербальным. Изображение в игровой или сказочной форме переживаний ребенка помогает ему сделать переживания представляемыми. Это символическое изображение собственных переживаний дает возможность ребенку учиться с ними справляться. Аутичные дети с отсутствием речи или дети, находящиеся в катотоническом ступоре, производят впечатление абсолютно не осознающих того, что происходит вокруг. Однако, если они в будущем преодолевают эти состояния, то порой сообщают, что слышали и понимали обращенную к ним речь.

Таким образом гипотеза обозначенная в данной работе: «Психическое развитие детей с аутистическим спектром развития сопровождается нарушением в младенчестве детско-родительских отношений. Процессы сепарации – индивидуации проходят в искаженном виде или отсутствуют вовсе, что влияет в дальнейшем на психическое развитие ребенка и формирование Я» находит свое подтверждение. Эти дети не получили устойчивые диадные отношения с матерью в младенчестве. Процесс сепарации индивидуации проходил с нарушениями или вовсе не состоялся (адгезивная идентификация, отсутствие первичного объекта, аутистические объекты). Формирование Эго и суперэго проходит с задержкой. Ярко выражены аутистические защиты.

Данная тема нуждается в дальнейшей разработке, проведении исследований на выборках большего объема, для получения более надежных результатов, но уже на полученных результатах можно сделать вывод, что психоаналитическая терапия может значительно улучшить состояние ребенка. Полученные данные могут использоваться для применения психологами, медицинскими работниками и преподавателями.

# Список литературы

1. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Детский психоанализ. Школа Анны Фрейд. М.: Издательство Юрайт, 2017. (http://urait.ru/uploads/pdf\_review/5260B372-21F5-42A7-95AE-13FF198EFA3C.pdf)
2. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Проективные методы: теория, практика применения к исследованию личности ребенка. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001. 352 с.
3. Лебединская К.С., Никольская О.С. Вопросы дифференциальной диагностики раннего детского аутизма // Диагностика и коррекция аномалий психического развития у детей. Москва, 1988. (http://sdo.mgaps.ru/books/K3/M7/file/1.pdf)
4. Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., и др. Дети с нарушением общения. [Текст] Москва, Просвещения. 1989. 95 с.
5. Лейбин, В. М. Словарь-справочник по психоанализу [Текст] / В. М. Лейбин. - Москва [и др.]: Питер, 2010. 688 с.
6. Либлинг М.М. Метод холдинг-терапия в системе психологической помощи семьям, воспитывающим детей с аутизмом [Текст] /автореф. дис. канд. Психол. Наук. // Москва 2000. 129 с.
7. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. [Текст] Москва. Центр лечебной педагогики. 2000. 362 с.
8. Анзьё, Д. Мышление от Я-кожи к Я-мыслящему. [Текст] : пер. с франц.-Сарапул «Сарапульская типография», 2015.198 с.
9. Анзьё, Д. Я-кожа. [Текст] : пер. с франц.-Сарапул «Сарапульское полиграфическое предприятие», 2011. 302 с.
10. Беттельхейм, Б. Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я. [Текст] : пер. с англ. – 2-е изд. – М.: Академический Проект; Фонд «Мир», 2013. 484 с.
11. Бик, Э. Переживание кожи в ранних объектных отношениях. Психология и психопатология кожи. тексты / Сост. и науч. ред. Сироткин С.Ф., Мельникова М.Л. М.: Когито-Центр, 2011. С. 128-133.
12. Бион, У. Научение через опыт переживания. [Текст] : пер. с англ. – М.: «Когито-Центр», 2008. 128 с.
13. Бион, У. Теория мышления [Электронный документ] / Журнал практической психологии и психоанализа, 2008, №1 (<http://psyjournal.ru/articles/teoriya-myshleniya/>). Проверено 16.05.2018
14. Винникотт, Д. Семья и развитие личности. Мать и дитя. [Текст] : пер. с англ. – Екатеринбург: издательство «ЛИТУР», 2004. 400 с.
15. Винникотт, Д. Д.В. Винникотт и аналитическая психология [Текст] науч. Редактор Хегай Л.А., -М.: «Добросвет», «Издательство «КДУ», 2014. 382 с.
16. Винникотт, Д. Игра и реальность. [Текст] : пер. с англ. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. 288 с.
17. Гантрип Г. Шизоидные явления, объектные отношения и самость. М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2016. 664 с.
18. Гилберт, К. Питерс, Т.Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие [Текст] -М.: «Типография N9», 2000. 192 с.
19. Грин А. Мертвая мать. Французская психоаналитическая школа. Спб.: «Питер», 2005. С. 333-361.
20. Гротштейн Джеймс С. Расщепление и проективная идентификация. М.: Институт Общегуманитраных исследований, 2017. 228 с.
21. Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии. М.: Независимая фирма «Класс», 2016. 464 с.
22. Кинодо, Ж.-М. Приручение одиночества [Текст] : перевод с фр. – М.: «Когито-Центр», 2016. 254 с.
23. Кляйн, М. Детский психоанализ. М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2016. 154 с.
24. Кляйн, М. Заметки о некоторых шизоидных механизмах [Текст] / М. Кляйн // Психоаналитические труды: В 7 т. / Мелани Кляйн. Том 5 «Эдипов комплекс в свете ранних тревог» и другие работы 1945-1952 гг. – пер. с англ. под науч. ред. С.Ф. Сироткина и М.А. Мельниковой. – Ижевск: ERGO, 2007. – С. 69-101.
25. Кляйн, М. О развитии раннего эго (защитные механизмы психики). Спб.: «Астер-Х», 2017. 110 с.
26. Кляйн М. «Плохая» и «хорошая» мать (о проективной идентификации у ребенка). Спб.: «Астер-Х», 2017. 108 с.
27. Маганья Д. Притихшие дети [Текст] / Маганья Д. перевод М.: «Т8 Издательские Технологии», 2018. 418 с.
28. Мельцер, Д. Адгезивная идентификация [Текст] / Д. Мельцер // Психология и психопатология кожи: тексты – сост. и науч. ред. С.Ф. Сироткин, М.Л. Мельникова. — Ижевск: ERGO; М.: Когито-Центр, 2011. – С. 149-173.
29. Стайнер Д. Психические убежища [Текст] перевод с англ. Мос. Обл. «Первая образцовая типография» 2010. 239 с.
30. Фрейд З. Я и Оно. [Текст] / З. Фрейд. Комплект из 2 книг, книга 1. Тбилиси, Мирани, глава 4 «Я и Оно» - пер. с англ. - Эксмо-Пресс, 2015. 160 с.
31. Циантис, Дж., Ботиус, С.Б., Холлерфорс, Б. , Хорн, Э., Тишлер, Л. Работа с родителями. Психоаналитическая психотерапия с детьми и подростками. [Текст] : пер. с англ. – Когито-Центр, 2006. 196 с.
32. Шрамм, Р. Детский аутизм и АВА [Текст] : Екатеринбург «ИПП «Уральский рабочий», 2016. 208 с.
33. Эриксон Э. Идентичность : юность и кризис [Текст] : пер. с англ. общ. ред. и предисл. – А.В. Толстых. 2e изд. М.: Флинта: МПСИ: Прогресс, 2006. 344 с.
34. Bick, E. The experience of the skin in early object relations. // – E. Bick, M. Harris // THE TAVISTOCK MODEL. Papers on child development and psychoanalytic training. – London: KARNAK Books, 2nd Revised edition edition, 2011.
35. Bion, W. A theory of thinking (1962a). / W. Bion // International Journal of PsychoAnalysis. 1962. No. 43. P. 306-310.
36. Bion, W. Second Thoughts. – London: KARNAK Books, 1984.
37. Bleuler, E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien // Handbuch der Psychiatrie. — Erstdruck. — Leipzig und Wien : F. Deuticke, 1911.
38. Eisenberg, L. The Fathers of Autistic Children. / L. Eisenberg // American Journal of Orthopsychiatry. 1957. №. 27. P. 715-724.
39. Freud, A., & Burlingham, D. Infants without families. The case for and against residential nurseries. / A. Freud and D. Burlingham (eds.) // Infants without familiesand reports on the Hampstead Nurseries 1939-1945. London: Hogarth. P. 543-664.
40. Freud, S. Project for a scientific psychology. – Standard Edition, 1950.
41. Greenacre, Ph. Emotional Growth: Psychoanalytic Studies of the Gifted and a Great Variety of Other Individuals / Ph. Greenacre // International Universities Press Inc. New York, 1971.
42. Greenacre, Ph. Trauma, Growth and Personality. Routledge; Reprint edition, 1987.
43. Greenson, R. Technique et pratique de la psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France, 1967.
44. Houzel, D. Un element du cadre: l'alliance therapeutique. // Journal de la Psychanalyse de I'enfant. 1986. №. 2. P. 78-94.
45. Kanner L., Eisenberg L. Review of psychiatric progress; child psychiatry and mental deficiency. // The American journal of psychiatry. 1955. № 111 (7). P. 520-523.
46. Kanner, L. Autistic disturbances of affective contact. // Childhood Psychosis: Initial Studies and New Insights. Washington, DC: Winston & Sons, 1973.
47. Kanner, L. Early infantile autism. The Journal of Pediatrics (Elsevier BV). 1944. № 25 (3). P. 211-217.
48. Kanner, L. The conception of wholes and parts in early infantile autism. American Journal of Psychiatry (American Psychiatric Publishing). 1951. № 108 (1). P. 23-26.
49. Leslie, A., Frith, U. Autistic children's understanding of seeing, knowing and believing. // Leslie A. M., Frith U. British Journal of Developmental Psychology, 1988. № 4. P. 315-324.
50. Mahler, M. Autism and symbiosis: Two extreme disturbances of identity. // International Journal of Psychoanalysis. 1958. № 39. P. 77–83.
51. Mahler, M. On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychoses. // The Psychoanalytic Study of the Child. 1952. № 7. P. 286-305.
52. Mahler, M. On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. – New York: International Universities Press, 1968.
53. Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation. New York: Basic Books, 2000.
54. Mahler, Ross, and de Fries. Clinical studies in benign and malignant cases of childhood psychosis (schizophrenia-like). // American Journal Of Psychiatry. 1949. № 19(2). P. 295-305.
55. Merleau-Ponty, M. Les relations avec autrui chez l’enfant. Paris: Centre de Documentation Universitaire, Sorbonne, 1960.
56. Rosenfeld, D. The Creation of the Self and Language: Primitive Sensory Relations of the Child with the Outside World. London: KARNAC Books, 2012.
57. Stern, M. Blank Hallucinations: Remarks about Trauma and Perpetual Disturbances. // Int. J. Psycho-Anal. 42. 1961.
58. Tustin, F. Autism and childhood psychosis. London: KARNAC Books, 1995.
59. Tustin, F. Autistic states in children. London: Routledge & Kegan Paul, 1981.
60. Winnicott, D. Ego distortion in terms of true and false self. // The maturational processes and the facilitating environment. – London: Hogarth Press, 1965. P. 140-152.
61. Winnicott, D. Basis for self in body. // International Journal of Child Psychotherapy. 1972. No. 1. Reprinted in: Psychoanalytic Explorations (P. 261–271). London: Karnac, 1989.
62. Winnicott, D. The mentally ill in your caseload. In: The Maturational Processes and the Facilitating Environment. – Reprinted London: Karnac, 1990.

# Приложение

*Виды аутизма: Провоцирующие факторы*

| Нормальный  первичный аутизм  (N.P.A.) | | Атипичный  первичный аутизм  (A.P.A.) | | Инкапсулированный  вторичный аутизм  (E.S.A.) | | Регрессивный  вторичный аутизм  (R.S.A.) | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *«Нормальный неонатальный солипсизм»* | | *Атипичная пролонгация первичного аутизма* | | *Торможение как защита* | | *Регрессия как защита* | |
| (Формулировка Энтони, 1958 г.) | | Возможные причины: | | Отвергание ребенком направленных на его развитие мер вследствие травмы, вызванной разделением матери и ребенка при рождении, инкапсуляция (наращивание защитной оболочки) приводят к тому, что ребенок «уходит в себя», то есть использует внешние объекты как если бы они были им самим. Травма, вызванная разделением матери и ребенка при рождении, может быть обусловлена сочетанием следующих факторов: | | Отсутствие защищенности на текущем этапе развития, течение которого нарушается вследствие стресса.  Отсутствие защищенности на текущем этапе развития вызывается сочетанием следующих факторов:  Текущее развитие может быть небезопасным из-за сочетания следующих факторов: | |
| l. Минимальная способность к различению и дифференциации, характерная для раннего младенчества, означает, что ребенок мало знает о внешнем мире. | | 1. Крайняя недостаточность сенсорной стимуляции, как в некоторых ретроградных установках. | | 1. Атипичная пролонгация первичного аутизма, что означает шок, к которому ребенок не готов, при наступлении осознания телесной обособленности. | | 1. Имела место атипичная пролонгация первичного аутизма, за которым следовало некоторое поступательное развитие, разрушаемое стрессом осознания дифференциации тела. | |
| 2. По мере возрастания дискриминации аутичные процессы перетекания-развития-единства защищают иллюзию младенца о том, что его тело не было оторвано от материнского. Реакция на внешний мир является аутической. | | 2. Частичное отсутствие сенсорной стимуляции из-за:  (a) Дефектов ребенка, таких как слепота, глухота, повреждение головного мозга, некоторые формы умственной отсталости или слабая мускулатура.  (b) Оставления в одиночестве на долгое время. Недостаточное внимание со стороны взрослого, заботящегося о развитии ребенка. | | 2. Разлучение с матерью, на пике использования ребенком аутистичных объектов. | | 2. Временная задержка по типу E.S.A., за которой следует некоторое поступательное развитие, разрушаемое стрессом.. | |
| 3. «Обычная преданная мать» становится свидетелем «вспышек» своего ребенка и помогает ему справиться с ними, тем самым успокаивая его и предотвращая иллюзорные катастрофические последствия. | | 3. Недостаточная дифференциация матери (родителей) и ребенка из-за его врожденных дефектов или во избежание унижений, связанных с четким разграничением себя как отдельного лица от других. | | 3. Болезнь в раннем детстве. | | 3. Излишне адаптивная среда маскирует нетерпимость ребенка к телесной обособленности, но когда этот факт больше не может быть скрыт, ребенок ломается. | |
| 4. По мере усиления дальнейшей дискриминации процессы «как бы» взаимодействия между матерью и ребенком защищают от слишком резкого переживания разочарования. С точки зрения Винникотта, мать обеспечивает «переходный опыт». Внешние объекты начинают использоваться как мост между «я» и «не-я». | | 4. Позвольте матери чрезмерно защищать ребенка или приглушать его реакцию. | | 4. Внутриутробные нарушения. | | 4. Низкая терпимость к фрустрации у ребенка, или как у матери, так и у ребенка. | |
|  | |  | | 5. Обездвиженные конечности в раннем младенчестве. Может быть аутизм типа E.S.A. или R.S.A | | 5. Чрезмерная пассивность ребенка. | |
|  | |  | | 6. Очень высокий интеллект. | | 6. Доминирующая мать и пассивный отец. | |
|  | |  | | 7. Гиперчувствительная реакция на сенсорную стимуляцию. | | 7. Психически больная мать. | |
|  | |  | | 8. Низкая устойчивость к фрустрации. | | 8. Родители, которые слишком «открыты» и недостаточно защищают свою личную жизнь. | |
|  | |  | | 9. Депрессия у матери: явная либо отрицаемая. | | 9. По разным причинам мать «запуталась». | |
|  | |  | | 10. Мать, оставшаяся без поддержки отца по причине его безразличия, пассивности, отсутствия, болезни или смерти. | |  | |
|  | |  | | 11. Уверенность матери подрывается ее собственным детским опытом, вмешательством родственников или частым изменением условий жизни. | |  | |
|  |  | | 12. Перфекционистские ожидания приводят к тому, что мать «подталкивает» ребенка к деятельности, выходящей за рамки его возможностей. Ребенок замыкается, чтобы спрятаться от раздражающих факторов. | |  | |
|  |  | | 13. Мать как поглощающий объект. (Возможно потому, что тенденция к «поглощению» ребенка недостаточно изменяется из-за множества факторов). Ребенок замыкается от страха. Может стать аутистом типа R.S.A. | |  | |
|  |  | | 14. Фактическое физическое жестокое обращение с ребенком. Было описано д-ром Г. Стро ( G. Stroh). | |  | |

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

*Виды аутизма: Характерные особенности*

| Нормальный  первичный аутизм  (N.P.A.) | Атипичный  первичный аутизм  (A.P.A.) | Скрытый  вторичный аутизм  (E.S.A.) | Регрессивный  вторичный аутизм  (R.S.A.) |
| --- | --- | --- | --- |
| *Неонатальный солипсизм* | *Пролонгация аутизма типа N.P.A.* | *Задержка раннего развития* | *Регрессия развития* |
| 1. Естественное начальное состояние, в котором дискретность внешних объектов не распознается. | 1. Ребенок остается в состоянии первичного аутизма из-за категорического несоответствия или травмирующего характера мер по развитию ребенка вследствие врожденных дефектов Это могут быть сенсорные или когнитивные нарушения, сложная эмоциональная конституция или переплетение всех этих факторов. Могут возникнуть:  *(a)* *Перманентная пролонгация аутизма типа N.P.A.*  Дети с полным отсутствием окружающей стимуляции погружаются в маразматические состояния, а некоторые умирают.  *(b) Временная пролонгация аутизма типа N.P.A.*  Частичный недостаток из-за дефектов окружения или конституционных дефектов означает, что внезапное невыносимое осознание телесного разделения приводит к тому, что аутизм типа A.P.A. становится аутизмом типа E.S.A. При незащищенном развитии он становится аутизмом типа R.S.A. | 1. Это защита от страха «не-я», неизвестного, незнакомого». «Инкапсуляция» создает структуру символов, которая является чрезмерно жесткой. Такие дети чрезмерно зависят от установленных процедур, которые они считают защитной оболочкаой, гарантирующей безопасность тела. Это лежит в основе попыток аутичного ребенка сохранить «неизменность». Такая потребность также, по-видимому, является основой невротической навязчивой защиты и появления неуклонно соблюдаемых ритуалов. | 1. Это защита от страха «не-я», неизвестного, незнакомого». «Рассеянность» создает личность, которая не имеет структуры и путается. |
| 2. См. этапы, перечисленные в Схеме I. | 2 Такое состояние характеризуется недостаточной дифференциацией в эмоциональной сфере. Затуманенное осознание телесной обособленности, ощущения своего тела, личной идентичности и осознания жизни. | 2. Процессы иллюзии потока-закутывания в оболочку становятся чрезмерными и приводят к инкапсуляции. Направлено на:  (a) Выключение «не-я», вселяющего ужас.  (b) Защиту от «убежищного» типа депрессии.  (c) Сочетание преждевременной интеграции личности. | 2. Проективное отождествление становится чрезмерным для рассредоточения частей тела на внешних объектах. (Несомненно, такое рассредоточение иллюзорно). Цель:  (a) Снизить воздействие телесного  (b) Смягчить «убежищный» тип  (c) Чувствовать, что части тела где-то хранятся. Результат:  (i) Развивающее воспитание и дискриминационное восприятие стимулов, чему препятствует ослабленный контроль над частями тела..  (ii) Фрагментация объекта и эго.  (iii) Регресс и ухудшение являются неизбежным результатом. |
| 3. Использование первичных аутистических объектов позволяет использовать переходные объекты и переходные переживания. | 3. Первичные аутистические объекты, такие как палец или кулак, продолжают использоваться и после того, когда обычные дети перестают их использовать. | 3. Навязчивое повторение использования атипичных аутистических объектов, например, тяжелых или механических объектов. | 3. Традиционные объекты используются машинально и в том возрасте, когда от них обычно отказываются. |
| 4. Аутизм уступает место поступательной обратной взаимообусловленности. | 4. В клинической ситуации не в состоянии отделиться от матери. | 4. В клинической ситуации отделяется от матери, не взглянув на нее. | 4. В клинической ситуации может цепляться за мать или носить с собой переходный объект. |
|  | 5. Тело ребенка мягкое и вялое. Ребенок стремится сесть на руки к матери, опереться на ее плечо или прислониться к ее боку. | 5. Тело ребенка кажется жестким и невосприимчивым. Ребенок избегает телесных контактов. | 5. Ребенок может быть большим для его возраста или нескладным, слишком худым или истощенным. |
|  | 6. Бессистемное различие живых и неодушевленных объектов. | 6. Кажется, что ребенок не различает людей и «вещи». | 6. Смутное различие между людьми и вещами. Некоторые из таких детей разговаривают со своими фекалиями, как будто они живые, а иногда относятся к людям так, как если бы они были вещами. |
|  |  | 7. Похоже, что такие дети действуют на основании дихотомии между верхним «я» и конечным «не-я»; при чем последнее блокируется большую часть времени. | 7. Такие дети не различали понятий «красивый» - «ужасный», «хороший» - «плохой». Вызывает обеспокоенность неспособность к дифференциации. Неспособность отличить хорошее от плохого. |
|  |  | 8. Слабое воображение или его отсутствие, ограниченная игра примитивного воображения, связанная с частями тела, функциями и процессами. | 8. Развитое воображение путаного и причудливого вида, тесно связанное с телесной анатомией. |
|  |  | 9. Дети создают впечатление пустоты и безучастности. | 9. Дети создают впечатление странности. |
|  |  | 10. Такие дети начали скрывать свою гиперчувствительность. | 10. Такие дети кажутся «тонкокожими» и справляются со своей повышенной чувствительностью, становясь растерянными и неорганизованными. |
|  | «Острова» мышления.  Ребенок может не разговаривать или говорить неразборчиво. | 11. Ингибирование мышления. | 11. Путаное мышление. |
| 12. Дети часто молчат или могут иметь свой собственный язык, который кажется имеющим свою структуру и синтаксис. | 12. Речь путается, фрагментируется, скудна или бессмысленна. |
| 13. При психотерапии собирают относительно недифференцированные объекты или ломают объекты. | 13. При психотерапии собирают объекты, состоящие из мелких частей, или причудливые объекты. (Несоответствующие части, собранные как попало). (Это тип R.S.A. (a).) |
| 14. Такие дети обычно избегают смотреть на людей. | 14. Взгляд не сфокусирован. Смотрят «сквозь» а не на людей. |
| 15. Могут казаться глухими или слепыми. | 15. Могут отсутствовать ощущения в конечностях. |
|  |  | 16. Такие дети кажутся крайне замкнутыми и избегают внимания, чтобы сохранить целостность своей поспешно собранной личности. Они «замкнулись в себе» (в собственном мире). Некоторые из них находятся в состоянии экстаза, в которое они «заключают себя с восторгом». | 16. Похоже, что такие дети открываются и выходят за пределы своего мира. Они и объекты во внешнем мире воспринимаются как отдельные предметы, погруженные друг в друга. |
|  | Мать и ребенок дифференцировались друг от друга только по отдельности. | 17. С точки зрения ребенка мать закрылась от него. Это может быть связано с:  (a) Отстранение ребенка от матери со страхом.  (b) Потому что мать по своей природе замкнута и не проявляет активности.  (c) Потому что (по целому ряду причин) она не пребывает в здравом уме и не ведет себя оживленно и отзывчиво. (Обычно это комбинация характеристик). | 17. С точки зрения ребенка мать можно отпустить. Это может быть связано с:  (a) Чрезмерно инвазивный характер ребенка из-за чрезмерной жадности и зависти.  (b) Потому что мать растеряна и ведет себя сумбурно.  (c) Потому что мать чрезмерно привлекательна и уступчива.  (d) Потому что она не является постоянной фигурой.  (e) Комбинация вышеперечисленного. |
|  | Том, описанный в настоящей главе, (VII), является примером типа A.? A. Это вялые амебоподобные дети. | 18. Джоа и Девид — примеры аутизма типа R.S.A. Это дети с «панцирем». | 18. Такие дети достигли некоторой степени интеграции. Затем такая интеграция разрушается, и личность, похоже, расщепляется надвое (R.S.A. (I).) Инкапсуляция отсутствует. Если восстановление не происходит, личность разрушается и распадается. (R.S.A.(a).) Ральф, представленный в Главе X, является примером аутизма типа HSA(t). Тоби и Тед, представленные в Главе XII, являются примерами аутизма типа R.S.A..(I). |

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ПРИМЕРНЫЙ ПЛАН ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПО А. ФРЕЙД:

I. Причины обращения (задержки развития, проблемы с поведением, тревоги, симптомы и т. д.).

II. Описание ребенка (внешность, настроения, манеры и т. д.).

III. Семья и история жизни.

IV. Возможные значимые влияния окружения.

V. Оценка развития.

А. Развитие инстинктов

1. Либидо. Исследование и состояние: по фазам развития, по распределению либидо, по объекту либидо:

2. Агрессия: по количеству (наличие или отсутствие во внешней картине); по качеству (соответствие уровню развития либидо); по направлению — на себя или на объектный мир.

Б. Развитие Эго и Супер-Эго

1. Исследование и установление состояния исправности или нарушенное органов Эго, отвечающих за восприятие, память, подвижность.

2. Тщательное исследование и установление состояния исправности или неисправности функций Эго (память, проверка реальности, синтез, контроль подвижности, речь, вторичный" мыслительный процесс).

3. Тщательно исследовать состояние организации защиты и установить.

VI. Генетическая оценка (регрессия и точки фиксации) определяется по: по определенным формам поведения, характерным для данного ребенка; по действию фантазии ребенка, которая иногда спонтанно проявляется во время диагностической процедуры.

VII. Оценка динамики и структуры (конфликты). Заключается в исследовании: внешних конфликтов между компонентами Ид — Эго и объектным миром (вызывающие страх перед объектным миром); интериоризованным конфликтам между Эго – Супер-Эго и Ид, возникшие после того, как возобладали компоненты Эго и стали представлять собой для Ид требования внешнего мира (возникновение вины); внутренних конфликты между несогласованными или несовместимыми инстинктивными побуждениями (такими, как неразрешенная амбивалентность, активность–пассивность, маскулинность–фемининностъ).

По преобладанию одного из трех типов можно оценить: уровень зрелости; серьезность расстройства; интенсивность терапии, необходимой для облегчения или устранения расстройства.

VIII. Оценка некоторых общих характеристик заключается в: толерантности ребенка к фрустрации; способность ребенка к сублимации; общая установка ребенка по отношению к тревоге; соотношение прогрессивных и регрессивных сил разви­тия.

IX. Диагнозы

1. Несмотря на наблюдаемые в данный момент нарушения поведения, личность ребенка развивается здоровой; оценка его развития попадает в широкий спектр вариаций нормы; существующие патологические образования (симптомы) имеют преходящий характер и могут быть классифицированы как побочные продукты напряженности развития;

2. Существует постоянная регрессия влечений к возникшим ранее точкам фиксации, что приводит к конфликтам невротического типа и дает толчок детским неврозам и расстройствам характера;

3. Существует регрессия влечений, плюс регрессии Эго и Супер-Эго, что ведет к инфантилизму, пограничным, делинквентным или психотическим расстройствам;

4. Имеют место органические нарушения или ранняя депривация, которые исказили развитие личности и ее структурализацию и стали причиной формирования дефективной, нетипичной личности или личности с задержками развития;

5.Запущены деструктивные процессы (органического, токсического или психического, известного или неизвестного происхождения), которые повредили или могут повредить в ближайшем будущем психическое развитие ребенка.

1. Фрагменты сессии приводятся в профиле. В целях конфиденциальности, имена пациентов изменены [↑](#footnote-ref-2)
2. Фрагменты сессии приводятся в профиле. В целях конфиденциальности, имена пациентов изменены [↑](#footnote-ref-3)
3. Фрагменты сессии приводятся в профиле. В целях конфиденциальности, имена пациентов изменены [↑](#footnote-ref-4)