**Психология аномального развития ребенка:** Хрестоматия в 2 т / Под редакцией В. В. Лебединского и М. К. Бардышевской. Т. II. — М.: ЧеРо: Высш. шк.: Изд-во МГУ, 2002.— **818** с.

Впервые издаваемая в нашей стране хрестоматия обеспечивает необходимым теоретическим материалом курс «Психология аномального ребенка», читаемый в течение многих лет на факультете психологии МГУ, и сопутствую­щие курсы («Эмоциональные расстройства в детском возрасте» и практикум по «Психологии аномального ребенка»).

Особенностью данной хрестоматии **является** то, что она составлена психологами-практиками, непосредственно работающими с детьми в клинике или консультации. Многочисленные случаи, описываемые в статьях разных авторов, делают теоретические построения или выводы ясными и понятными, помогая распознать отклонения в развитии ребенка и наметить пути их коррекции.

В отечественной психологической литературе не существует аналогичного издания как по широте и разнообразию представленных в хрестома­тии теоретических концепций, так и по охвату клинических проявлений ано­мального развития детей.

Хрестоматия рассчитана как на студентов, начинающих изучать психоло­гию, так и на уже работающих врачей, психологов, учителей и воспитателей.

СОДЕРЖАНИЕ

Часть III. МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ

Г. *И. Никитина*

ОСНОВНЫЕ **ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ** ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ МОЗГА ЧЕЛОВЕКА

*И. М, Воронцов, И. А. Кельмансон, А. В. Цинзерлияг*

ОБОБЩЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТНОСТИ У ДЕТЕЙ......................................

*Р. Ж. Мухамедрахимов*

МАТЬ И МЛАДЕНЕЦ: ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ.............................

*Г. Харлоу, М, Харлоу, С. Суоми*

ЗАМЕНИТЕЛИ МАТЕРЕЙ .....................................

*М. Кляйн*

НЕКОТОРЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВЫВОДЫ, КАСАЮЩИЕСЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЖИЗНИ РЕБЕНКА..

*М. Кляйн*

РОЛЬ ФРУСТРАЦИИ В РАЗВИТИИ ...........................................

*М. Кляйн*

ТРЕВОГА И ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ..................................

Д. *Винникотт*

ИДЕИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ..............................................................

Д. *Винникотт*

ПЕРЕХОДНЫЕ ОБЪЕКТЫ И ПЕРЕХОДНЫЕ ФЕНОМЕНЫ .......................................................

Л. *Фрейд*

ДЕТСКАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ПРЕДУСЛОВИЕ

РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ВЗРОСЛЫХ.......................................

*О. Крейслер*

ПСИХОСОМАТИКА В ПСИХОПАТОЛОГИИ МЛАДЕНЧЕСТВА ..........................................................................

Г. *Полмайер*

ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ ДЕПРЕССИИ ДО СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ.........................................................

*О. Кернберг*

АФФЕКТЫ И РАННИЙ СУБЪЕКТИВНЫЙ ОПЫТ.........................................

Р. *А. Шпиц*

ПОВЕДЕНИЕ ДЕПРИВИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ...................................................

*Р. А. Шпиц, В. Г. Коблинер*

ПСИХОТОКСИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА.......................................................

*Дж. Боулби*

КАК ОЦЕНИВАТЬ НАНЕСЕННЫЙ УЩЕРБ? ...................................................

Т. *П. Симеон*

ГАЛОПИРУЮЩАЯ ФОРМА ШИЗОФРЕНИИ

РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА......................................................................

**Часть IV. дошкольный и младший школьный возраст**

В. *В. Лебединский*

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО

ДИЗОНТОГЕНЕЗА....................................................................................................

Г. *Е. Сухарева*

ГРУППИРОВКА ПСИХОПАТИЙ..........................................................................

Л. *В. Занков*

ОЧЕРКИ ПСИХОЛОГИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛОГО РЕБЕНКА...............................................................

*Р. Е. Левина*

АВТОНОМНАЯ РЕЧЬ В НОРМАЛЬНОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ РЕБЕНКА.............................................

*Р. Заззо*

ГРУППОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ...............

*В. А. Новодворская*

ОСОБЕННОСТИ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ......................................................................

Д. *Н. Исаев*

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПСИХИЧЕСКОГО НЕДОРАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ...................................................................................

И. *Ф. Марковская*

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО КЛИНИКО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....................

*Т. П. Симеон, М. М. Модель, Л.* И. *Гальперин*

ШИЗОФРЕНИЯ..............................................................................................................

*Т. П. Симеон*

НАЧАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ШИЗОФРЕНИИ РАННЕГО ВОЗРАСТА.........

*A. И. Чехова*

НАЧАЛЬНАЯ СТАДИЯ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ.................................................

С. С. *Мнухин, А. Е, Зеленецкая,* Д. *Н. Исаев*

О СИНДРОМЕ «РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА», ИЛИ СИНДРОМЕ КАННЕРА, У ДЕТЕЙ...............................................................

Д. *И. Исаев, В. Е. Каган*

АУТИСТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: МЕХАНИЗМЫ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ....................................................

*К. С. Лебединская*

ТЕРАПИЯ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА......................................................

*B. В. Лебединский*

АУТИЗМ КАК МОДЕЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА.......................................................................................................

*Е. С. Иванов*

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА..........................................................................

Л. *Гезелл*

АУТИСТИЧЕСКОЕ, ПСИХОТИЧЕСКОЕ И ДРУГИЕ ФОРМЫ НАРУШЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ............................................................

*Т. Питерс*

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ ПРИ АУТИЗМЕ. ПРОБЛЕМА ПОНИМАНИЯ ЗНАЧЕНИЙ............................................................

С. Миллер

ВЛИЯНИЕ НА ИГРУ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ,

*Т, П. Симеон, М. М. Модель, Л. И. Гальперин*

ЭКЗОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПОГРАНИЧНЫЕ ФОРМЫ.....................

Г. *Е. Сухарева*

ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЕ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ......................................................................

*М. И. Лапидес*

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ........

А. *И. Гольбин*

НАРУШЕНИЯ СНА И БОДРСТВОВАНИЯ У ДЕТЕЙ

ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И АНОМАЛИЯХ...................

*Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко*

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИВЫЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ................................

А. *И. Захаров*

ПАТОГЕНЕЗ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ..........................................................

*О. В. Протопопова*

МОТОРИКА И ПСИХООРТОПЕДИЯ......................................................

А. *Фрейд*

ПРИМЕРЫ ИЗБЕГАНИЯ ОБЪЕКТИВНОГО НЕУДОВОЛЬСТВИЯ

И ОБЪЕКТИВНОЙ ОПАСНОСТИ

(предварительные стадии защиты).........................................................

*А. Фрейд*

ИНФАНТИЛЬНЫЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ СТУПЕНИ

БОЛЕЕ ПОЗДНИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

РАЗВИТИЕ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ.........................................

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК..............................-...;........................

**III МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ**

**Г. Н. Никитина**

**ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ** **К ИЗУЧЕНИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ** **РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ МОЗГА ЧЕЛОВЕКА[[1]](#footnote-1)**

Среди важных проблем современной нейробиологии развития особое место занимает проблема функциональной орга­низации мозга человека в раннем периоде жизни. Это связано прежде всего с необходимостью познания становления психи­ческой активности ребенка как социального существа. Еще И.М.Сеченов (1958), рассматривая проявления психической де­ятельности человека от ее истоков, лежащих в младенческом воз­расте и проявляющихся в этом периоде индивидуального раз­вития в чувственном возбуждении, и до формирования слож­ных психических актов, указывал на значение в их реализации функциональной интеграции структур мозга. В исследованиях И. П. Павлова, открывшего феномен условно-рефлекторного по­ведения, впервые было научно доказано существование зависи­мости между функциональными проявлениями мозга и психи­ческой деятельностью.

Однако психическая деятельность человека представляет со­бой более высокое качество, чем функция структур, лежащих в основе этой деятельности. Этот новый вид деятельности возни­кает в ходе эволюции на основе всей сложности и многообра­зия поведения человека, мышления и социального взаимодей­ствия. Развитие его идет в процессе восприятия действительно­сти на уровне внутренних схем — «оперативных констелляций» и в процессе «подстройки» их к конкретным запросам окружа­ющей среды (Кемали, Вакка, 1981). В основе психических про­цессов лежит активность множества мозговых структур — мак­ро- и микросистем, функционально связанных благодаря тонкой пространственно-временной организации нейрофизиологических процессов.

«Высшие психические функции как сложные функциональные системы не могут быть локализованы в узких зонах мозговой коры или в изолированных клеточных группах, а должны охватывать сложные системы совместно работающих зон, каждая из кото­рых вносит свой вклад в осуществление сложных психических процессов и которые могут располагаться в совершенно раз­личных, иногда далеко отстоящих друг от друга участках мозга» (Лурия, 1969).

Одним из первых, кто обратил внимание на иерархический принцип локализации психических функций, был И. Н. Филимо­нов (1940, 1974). Им было сформулировано положение о функ­циональной многозначности мозговых структур, которые при оп­ределенных условиях могут включаться в выполнение тех или иных функций. В пользу этого положения свидетельствовали так­же работы И. П. Павлова, который, как известно, выделял в коре больших полушарий «ядерные зоны анализаторов» и «рассеян­ную периферию» со свойственными ей пластическими функци­ями. В последующем были получены многочисленные физиоло­гические морфологические данные, свидетельствующие о дина­мичности, изменчивости организации функций мозга. Среди фундаментальных работ в этом направлении следует отметить экспериментальные исследования П.К.Анохина (1968,1971), О. С. Адрианова (1976, 1980), Н. П. Бехтеревой (1971, 1980) и их уче­ников, показавших, что различные по сложности физиологичес­кие функции и поведенческие акты обеспечиваются динамичес­кой организацией разнообразных по структуре функциональных систем, включающей аппарат жестких и гибких связей.

Пониманию и конкретизации особенностей взаимодействия функциональных процессов, относящихся к разным уровням моз­говой организации, несомненно должен способствовать и анализ их морфологических особенностей с позиции учения о макро- и микроансамблевой организации мозга на разных стадиях разви­тия (Адрианов, 1976, 1987). Постепенное и гетерохронное созре­вание этих систем в ходе индивидуального развития организма создает специфику этого взаимодействия, а, следовательно, и спе­цифику формирующейся интегративной деятельности мозга, обес­печивающей адаптацию в окружающей среде (Орбели, 1961; Ано­хин, 1971; Волохов, 1980; Хрипкова, Фарбер, 1982, и др.).

Для того чтобы понять, хотя бы в основных чертах, каким образом родившийся младенец входит в окружающий его мир и приспосабливается к нему, каковы пути и механизмы этого вза­имодействия с постоянно усложняющейся средой, включая со­циальное окружение, необходимо полностью раскрыть основные теоретические подходы, на которых базируется анализ развития функциональной активности мозга ребенка.

Прежде всего это касается проблемы раннего индивидуаль­ного опыта и его роли в функциональном созревании мозга, которая остается весьма актуальной и на сегодняшний день. Важ­ность этого направления онтогенетических исследований обус­ловливается необходимостью кардинального вопроса нейробио-логии — о степени генетической детерминации и воздействий внешней среды в адаптивной деятельности мозга, с одной сто­роны, и компенсаторных процессах при возникновении нару­шений в ходе онтогенеза — с другой.

Решение этой задачи тесно связано с экспериментальным обоснованием принципа этапности — одного из основных прин­ципов индивидуального развития функций центральной нервной системы как на системном, так и на клеточном уровне (Богда­нов, 1864, 1986; Волохов, 1968, 1978; Никитина, 1971, 1979; Аршавский, 1975, и др.).

Генетически «запрограммированная» цепь онтогенетических последовательностей, очевидно, является продуктом естествен­ного отбора («стабилизирующего отбора», по Шмальгаузену, 1968), который действовал на гены, оказывающие более или менее пря­мое влияние на проявление определенных признаков в организме. Однако вследствие недостаточной разработки общей теории ин­дивидуального развития остаются неясными процессы, проис­ходящие в период преобразования наследственной информации в конкретный феномен. Индивидуальное развитие организма все­гда зависит от факторов окружающей среды. Поэтому провести определенную грань между признаками и дифференщировками, зависимыми и независимыми от внешних факторов, практичес­ки невозможно — онтогенез в этом смысле неразложим (Шмальгаузен, 1968).

Концепция периодизации индивидуального развития поло­жена в основу многих исследований по онтогенезу мозга чело­века и животных (Выготский, 1960; Орбели, 1961; Анохин, 1971; Эльконин, 1971; Волохов, 1975, 1980; Аршавский, 1975, 1982; Фар­бер, 1979; Scott, 1975; Любомирский, 1990, и др.).

Согласно этой концепции морфофункциональный онтогенез мозга представляется генетически обусловленной последователь­ностью периодов развития, которая реализуется при взаимодей­ствии организма с условиями среды, соответствующими каждо­му из этих периодов. Переход от одного периода к последующе­му, качественно новому периоду развития происходит обычно в сравнительно короткие отрезки времени, которые рассматрива­ются как переломные или критические периоды онтогенеза. При этом очень существенно, как подчеркивает И. А. Аршавский (1975), что не изменение среды на соответствующих переломных эта­пах индивидуального развития обусловливает переход от одного возрастного периода к последующему, а изменение самого раз­вивающегося организма, его морфофункциональных систем тре­бует новых условий среды и обусловливает преобразование форм взаимодействия с ними. Именно наличием критических перио­дов и определяется дискретность непрерывного в своей сути процесса онтогенеза.

Возникающие структурно-функциональные перестройки в системах мозга обеспечивают осуществление новых физиологи­ческих функций, форм поведения. И от того, как скоро и плас­тично осуществляются эти адаптивные перестройки, зависит сте­пень физиологической полноценности той или иной системы и организма в целом, а также течение последующих стадий онто­генеза. Это относится, по-видимому, и к пренатальному онтоге­незу, в котором закладка структур и функций может рассмат­риваться не только как преадаптация (предварение будущего), а как форма адаптации к тем специфическим условиям, кото­рые создаются материнским организмом.

Значение критических периодов в антенатальном развитии млекопитающих подробно исследовалось П. Г. Светловым и со­трудниками (1978). Результаты этих исследований дали основа­ние считать, что критические периоды в антенатальном разви­тии — это периоды детерминации, которые отделены от специ­ального функционирования детерминируемых структур более или менее значительным латентным периодом. Для этих периодов характерно повышение чувствительности к тем или иным по­вреждающим агентам (гипоксия, гипотермия, радиация и др.). У млекопитающих и человека стадии повышенной чувствитель­ности к указанным факторам совпадают с имплантацией плода, органогенезом и плацентацией. Они связаны с особенностями обмена веществ, в частности усилением окислительных процес­сов, изменением содержания рН-групп и цитоплазматических нуклеотидов и др. («Развивающийся мозг и среда». М., 1975).

В последние годы понятие «критические периоды» обосно­вывается и находит свое приложение в изучении этапности раз­вития физиологических и психологических функций у нормаль­но развивающегося организма человека и животных в пренатальном и постнатальном онтогенезе. Оно широко используется для анализа изменений в организации любой живой системы — процесса роста, развития сенсорных способностей, поведения, изменений в социальной системе (Scott, 1975). При этом раз­граничение критического периода зависит от сущности процесса и его относительных временных границ. В классическом слу­чае критического периода процесс преобразования системы про­исходит в течение короткого интервала времени, а затем полно­стью прекращается, что характерно для многих эмбриональных процессов. Иную временную динамику имеют процессы соци­ального привыкания у высших животных и человека; в этом слу­чае процесс вначале также может протекать быстро, затем он снижается до определенного уровня, но полностью не прекра­щается. Имеется еще одна возможность динамики критического периода — когда организационные процессы могут происходить периодически с большой скоростью и, следовательно, с много­кратными ритмическими критическими периодами. Таким явля­ется процесс обучения у высших животных.

Следовательно, в определении критического периода в онто­генезе той или иной биологической системы ведущее значение име­ет критерий скорости (время) развития процесса. Другим важней­шим фактором преобразования системы и перехода ее на новый уровень организации является возникновение повышенной чув­ствительности к воздействиям среды определенного типа, т. е. из­бирательной. Действительно, именно в тот момент, когда функция бурно развивается, ей необходим адекватный сенсорный приток, и его отсутствие или дефицит может оказаться фатальным для ста­новления данной функции. Это положение иллюстрируют схема (рис. 1), в основу которой положена общебиологическая концепция Дж. Скотта (1975) о процессах организации системы, а также дан­ные других авторов. Из приведенного рисунка видна тесная взаи­мосвязь критического и сенситивного периодов в развитии систе­мы. При этом вследствие повышенной избирательной чувствитель­ности системы к средовым воздействиям, возникшей в сенситивном периоде, он может быть одновременно и оптимальным периодом Для направленных воздействий с целью оптимизации или коррек­ции развивающихся процессов, и периодом уязвимости системы к повреждающим воздействиям. А повышенная чувствительность к повторяющимся сенсорным стимулам может быть начальным проявлением селективности системы, которая должна сформиро­ваться в последующем периоде, требующем более высокого уров­ня адаптации к среде.

Как известно, концепция сенситивных периодов, которая впервые была предложена Дж. Готлиебом (Gottlieb, 1976), исполь­зовалась для анализа возможных исходов перцептивного разви­тия в зависимости от взаимодействия генотипа и средового опы­та. Показано, что в период развития, предшествующий началу специфического опыта, например до рождения или до открытия глаз (для зрения), тем не менее существует возможность полно­го или частичного развития фенотипа. Однако специфическая природа и время сенситивного периода не были объединены ав­тором в общую модель перцептивного развития на основе опре­деленных количественных критериев.

***а***

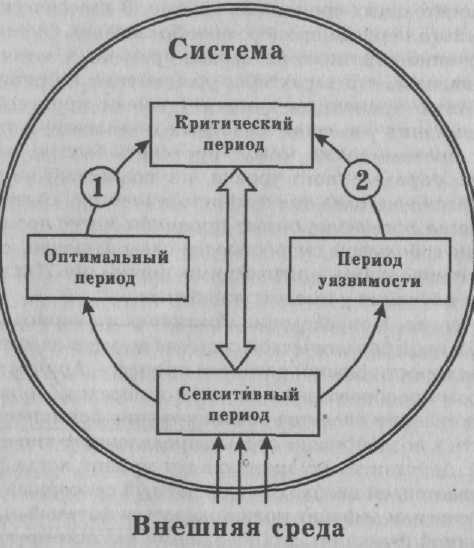


Рис. *1.* Схема, иллюстрирующая возможные варианты развития си­стемы в критическом сенситивном периоде в' зависимости от генетических и средовых факторов (составлена по данным J. Scott, 1975).

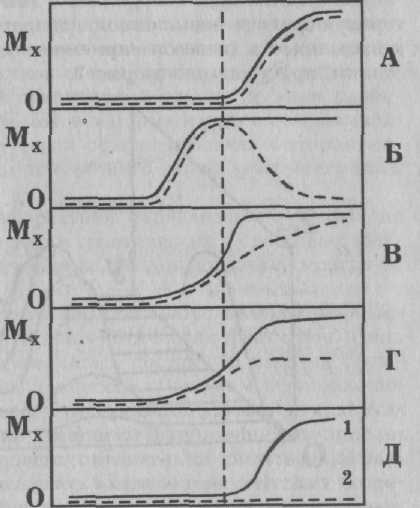
1 — благоприятный эффект, направленные воздействия; 2 — не­благоприятный эффект, ведущий к задержке и отклонениям в ходе развития системы

Это сделано в работах Р. Эйслина (Aslin, 1981), который пред­ставил сенситивный период в виде средового фильтра, воспри­нимающего одни воздействия и блокирующего другие. Исход развития при этом зависит от ряда факторов, таких, как уро­вень зрелости фенотипа, адекватность стимула и своевремен­ность его воздействия, фильтрующих характеристик сенситив­ного периода, а также эластичности системы, которая способна нивелировать в определенных пределах депривационные последствия. Предложенная схема была использована для описания возможных онтогенетических исходов восприятия речи младен­цами и их связи со способностью дискриминировать различные фонетические контрасты, а также для развития бинокулярного зрения (Aslin & Pisoni, 1980; Aslin, Dumnaris, 1980}. Из представ­ленных на рис. 2 нескольких возможных исходов перцептивно­го развития в зависимости от уровня созревания фенотипа и различных средовых входов видно, почему средовые влияния способствуют лишь сохранению бинокулярности у кошек (кор­тикальная бинокулярность полностью представлена у котят к моменту открытия глаз) и, напротив, являются условием для фор­мирования бинокулярного зрения у человека, так как стереопсис начинает проявляться в 3 — 4 месяца после рождения.

Рис. 2. Возможные исхо­ды развития перцептив­ных способностей в зави­симости от уровня развития фенотипа,

предшествующего началу опыта, и средовых воз­действий.

А— созревание функций; Б — сохранение на мак­симальном уровне; В — облегчение; Г — настраивание (кор­рекция); Д— индукция. По вертикали —уровень развития перцепции от О до максимума, по горизонтали — динамика воздействия средового опыта; 1 — наличие, 2 — отсутствие средового опыта, пунктирная линия — начало опыта (по: R. N. Aslin, 1981)

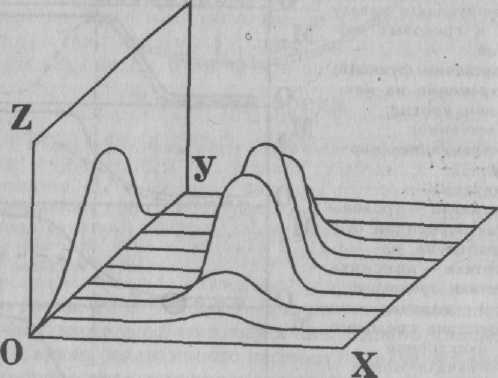


Модель «фильтра» Р. Эйслина дает возможность, понять ос­новные механизмы, определяющие избирательность, реагирова­ния развивающейся системы при наличии широкого диапазона доступных средовых входов. Предполагается, что существует ге­нетически специфичный диапазон «приемлемых» средовых вхо­дов, который включает базовые требования, необходимые для развития каждой конкретной системы. Этот диапазон рассмат­ривается как фильтр, характеристики пропускания которого

настроены на определенные виды средовой стимуляции, оказываю­щие решающее воздействие на процесс фенотипического развития данной функции, происходящий в рамках сенситивного периода.

Например, известно, что зрительное предпочтение специфи­ческих лиц возникает у младенцев спустя несколько месяцев после рождения (Nelson, 1987). В то же время «низкоуровне­вый» фенотип, например внимание ребенка к контуру, возника­ет раньше, чем фенотип предпочтения лица. При депривации контура в раннем постнатальном онтогенезе может пострадать и развитие лицевого предпочтения. Дефицит в этом позднем фе­нотипе является результатом неспособности низкоуровневого фенотипа изменить характеристики фильтра для фенотипа бо­лее высокого уровня (лицевые предпочтения) (Aslin, 1981).

Схематическое изображение сенситивного периода, харак­теризующегося повышенной избирательной чувствительностью к входящим в диапазон «приемлемых» средовых входов воздей­ствиям, представлено на рис. 3.



*Рис. 3.* Схема сенситивного периода, отражающая зависимость от возраста избирательной чувствительности перцептивной системы

к воздействиям, входящим в генетически специфичный диапазон «приемлемых» средовых входов. По осям: X — последовательность доступных средовых входов, Y — возраст, Z — чувствительность перцептивной системы (по: R.N.Aslin, 1981)

Оценивая критические и сенситивные периоды прежде всего с точки зрения их биологической целесообразности, необходимо подчеркнуть, что они являются узловыми точками развития, да­ющими импульс коренным преобразованиям в различных зве­ньях развивающихся систем; за этими процессами следует период более медленных изменений и консолидации системы. В определенных точках развития критический и сенситивный периоды совпадают по времени, что существенно для характера конечного результата.

Исходя из сказанного, можно полагать, что происходящие в критические периоды морфофункциональные преобразования в центральной нервной системе носят в основном пластический характер. Но поскольку эти процессы включают и элементы дез­организации механизмов, свойственных предыдущему возраст­ному этапу, то они могут оказаться и наиболее уязвимыми при неблагоприятных воздействиях. Поэтому рассмотрение нейрофи­зиологических, морфологических и психологических данных в разрезе возрастной периодизации представляется важным не только для построения целостной схемы онтогенеза функций моз­га, но и для сравнительной объективной оценки уровня разви­тия системной деятельности мозга в норме и при начинающей­ся патологии нервно-психической сферы ребенка, которая мо­жет проявляться в нарушении общего хода, дезинтеграции развития этих функций.

Анализируя проблему возрастной периодизации, нельзя не коснуться вопроса о соотношении генетических и средовых фак­торов в развитии физиологических систем, включая мозговую деятельность.

Как уже отмечалось, любое развитие обусловлено реализа­цией как генетических, так и эпигенетических факторов. Цепь от гена к признаку многоступенчата и состоит из многих слож­ных и взаимообусловленных процессов. При этом становление одних признаков мало зависит от среды, а других — в значи­тельной степени обусловлено внешними факторами, что просле­живается на различных уровнях организации системы (Богда­нов и др., 1986). Поэтому разделить влияние генетических и сре­довых факторов в ряде случаев не представляется возможным, особенно это касается микросреды (Кокина, 1980). Имеется пе­риодизация генной активности, когда чередуется во времени и пространстве то жесткая детерминация, то гибкая, что харак­терно не только для клеточного уровня, но и для целостной сис­темы. Эти данные подтверждают основной тезис: генетически зап­рограммированное развитие включает процесс развития, в той или иной степени обусловленного внутренними и внешними свя­зями. Активирующим фактором структурно-функционального

созревания специфических свойств центрального аппарата яв­ляется сама развивающаяся функция (Фарбер, 1969; Богданов, 1978; Барсова, Писарева, 1980; Никитина и др., 1980, и др.).

О. В. Богдановым (1978, 1984) на основании обобщения боль­шого экспериментального материала по развитию двигательной функции в эмбриональном и раннем постнатальном периодах онтогенеза человека и животных высказано мнение об афферентно зависимом структурно-функциональном развитии мозга. Им обоснованы некоторые эволюционные закономерности, в том числе роль двигательной афферентации как эндогенного меха­низма структурно-функциональных преобразований. При этом различные варианты направленных перестроек под влиянием строго учитываемого оптимума афферентных воздействий рас­сматриваются как первые этапы формирования индивидуально­го опыта.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Итак, ранний онтогенез мозга является наиболее важ­ным периодом индивидуального развития организма. В пренатальном периоде на основе определенной степени структурно-функционального созревания систем мозга создается оптималь­ная степень готовности для рождения ребенка и вхождения в окружающий мир, для формирования новых форм приспособи­тельного поведения. В постнатальном периоде онтогенеза про­исходит дальнейшее совершенствование функциональной орга­низации макро- и микросистем мозга на основе взаимовлияния генетической программы и внешней среды, в котором все боль­шую роль играют социальные факторы. В результате этого слож­ного многоуровневого процесса формируется физиологическая архитектура функциональных систем, обеспечивающих выжива­ние новорожденного и дальнейшую реализацию адекватного опы­та за счет гетерохронного созревания макро- и микроансамб­лей мозга подкорково-стволового и коркового уровней.

Узловыми точками развития являются критические перио­ды, характеризующиеся резким повышением чувствительности развивающихся систем к воздействиям внешней среды опреде­ленного типа и переходом на новый, более совершенный уро­вень функционирования. Происходящие в эти короткие времен­ные интервалы преобразования морфофункциональных систем носят в основном пластический характер. Вместе с тем при не­благоприятных ситуациях они могут оказаться уязвимыми и при­вести к нарушению хода развития в том или ином звене разви­вающейся системы.

На первом году жизни ребенка выделено три критических периода, приходящихся на возраст 4 — 6 недель, 2 — 3 и 5 — 8 месяцев после рождения. Эти периоды характеризуются суще­ственной динамикой преобразования центральных механизмов сенсорного анализа и формированием интегративных процес­сов мозга, лежащих в основе организации таких важнейших психофизиологических функций, как восприятие, внимание, эмо­циональные реакции. В центральную архитектуру этих форми­рующихся функций вовлекаются наряду со структурами лимбического круга корковые формации, включая ассоциативные об­ласти мозга, в том числе лобные.

Рассмотренные материалы показывают, что ряд теоретичес­ких положений, используемых для понимания основных законо­мерностей функциональной организации мозга человека, может быть использован при описании и анализе развивающегося мозга, начиная с самых ранних стадий постнатального онтогенеза.

**И. М. Воронцов, И. А. Кельмансон, А. В. Цинзерлинг**

**ОБОБЩЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТНОСТИ (СВС) У ДЕТЕЙ[[2]](#footnote-2)**

Представленные концепции возможных механизмов развития СВС неизбежно делают актуальной постановку вопро­са о наличии общебиологических предпосылок данного синдрома (Воронцов И. М., Кельмансон И. А., 1990; Кельмансон И. А., 1994; Vorontsov I. M, Kelmanson I. A., 1990).

С популяционно-видовой точки зрения смерть ребенка, тем более на первых месяцах жизни, является экологической катас­трофой и может быть «оправдана» лишь нежизнеспособностью данного конкретного индивида, крайней степенью его дезадап­тации, проявляющей себя, в частности, в наличии множествен­ных врожденных пороков развития, наследственных и прогрес­сирующих заболеваний и т. п. Безусловное отсутствие в случа­ях СВС подобных находок дает основания для поиска таких форм дезадаптации ребенка, которые могли бы реализовать себя в виде функциональных нарушений, выявляемых лишь при углублен­ных методах исследования и манифестирующих лишь при оп­ределенных условиях.

Выявленные перинатальные характеристики последующих жертв СВС свидетельствуют о наличии у этих детей безуслов­ных признаков задержки внутриутробного развития, обусловлен­ных влиянием антенатальных неблагоприятных факторов, веду­щими среди которых являются социально-демографические. Отличительной особенностью таких детей в периоде новорожден-ности можно считать сочетание явных признаков соматической ретардации[[3]](#footnote-3) и умеренных, хотя и отчетливых, признаков функ­циональной дезадаптации. Эти признаки проявляют себя и в даль­нейшем в постнеонатальном периоде; более того, создается впе­чатление, что имеющаяся ретардация еще больше усугубляется.

Отмечаемые у детей с высоким риском развития СВС, а так­же у погибших впоследствии от данного синдрома потенциальные кардиальные, респираторные и иные предпосылки возникнове­ния СВС могут трактоваться двояко. С одной стороны, отмечен­ные черты функциональной дезадаптации создают непосред­ственные предпосылки для жизнеугрожающих нарушений витальных функций: сердечно-сосудистой, дыхательной и иных систем. С другой стороны, выявляемые функциональные особен­ности могут трактоваться и более широко, что связано с отчет­ливой зависимостью их от календарного, постконцептуального и, что самое важное, от биологического возраста детей. Не ме­нее показательны и патологоанатомические находки, выявляе­мые у погибших от СВС детей, многие из которых тесно связа­ны со степенью зрелости ребенка, стадией онто- и органогене­за и темпами созревания организма.

Известно, что развитие, здоровье и жизнь ребенка опреде­ляются тремя группами факторов: общебиологическими, соци­ально-гигиеническими и медико-организационными. Воздействие каждого из указанных факторов на эмбрион или плод может дать отдаленные во времени последствия, что укладывается в поня­тие континуума репродуктивного риска (Вельтишев Ю. Е., Демен­тьева Г. М., 1988). Характерно, что в числе эпидемиологических особенностей СВС обращает на себя внимание редкость случа­ев смерти детей в периоде новорожденности и на 1-м месяце жизни. В то же время ведущую роль в структуре младенческой смертности в этот период занимает смертность, связанная с пе­ринатальными факторами, когда в основе механизмов наступле­ния смерти лежат причины, связанные с выраженной незрело­стью анатомических структур и функционирования головного мозга, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. При этом та-натогенез достаточно ясен и очевиден, как это наблюдается в случаях смерти детей от интра- и перивентрикулярных черепно-мозговых кровоизлияний или синдрома дыхательных расстройств. Можно предположить, что период новорожденности является тем первым критическим этапом, на котором «проверяется» степень функциональной зрелости родившихся детей, и те из них, кто имеет резко выраженные признаки функциональной дезадаптации, не выдерживают такого испытания, погибая от тех патологических состояний, в генезе которых резкое нарушение морфологической и функциональной зрелости играет критическую роль. Существен­ное модифицирующее влияние на выживаемость таких детей ока­зывает уровень перинатальной медицинской помощи. Дети, пе­режившие критический неонатальный период, могут столкнуться с критической ситуацией в последующие возрастные периоды, что способно привести к «отсроченной» гибели, когда характер танатогенеза существенно меняется. Выявленная отрицательная корреляция между частотой младенческой смертности от пери­натальных причин и частотой СВС как в индустриальных зарубежных странах, так и в Санкт-Петербурге может служить дополнительным аргументом в пользу такого взгляда.

Патологические процессы с многофакторным предраспо­ложением в числе прочих отличительных моментов харак­теризуются и таким, как существование своеобразного кли­нического спектра, континуума проявлений. Незрелость ребенка вообще и СВС в частности по своим клинико-эпидемиологичес­ким характеристикам относится именно к таким состояниям с мультифакториальным предрасположением. В этом контексте до­пустимо предположить, что случаи СВС представляют собой лишь крайний, весьма специфический вариант широкого кли­нического спектра проявлений дезадаптации ребенка, реализу­ющейся в постнеонатальном периоде.

Уместно напомнить также, что фенотипические и генетичес­кие особенности ребенка оказывают влияние на степень пред­расположенности к различным заболеваниям и патологическим состояниям, в том числе и не имеющим наследственной приро­ды. Дети же, имеющие определенный комплекс фенотипических признаков, выходящих за рамки нормы, характеризуются определенной степенью дезадаптации к воздействию различных факторов окружающей среды (Ботвиньев О. К., 1985). При этом понятие «фенотип» распространяется на любые признаки орга­низма, начиная от первичных продуктов действия генов — по­липептидов— и заканчивая особенностями внешнего строения, физиологических процессов, поведения. Как было показано, дети, погибшие от СВС, характеризуются комплексом таких фенотипических признаков.

Возраст 2 — 4 месяца, на который приходится максималь­ное число случаев СВС, характеризуется максимальной интен­сивностью процессов роста и дифференцировки, причем от­личительной чертой является выраженная гетеродинамия этого процесса у погибших от СВС детей. Реализация программы ро­ста и развития организма неизбежно приводит к нарушению ста­бильности гомеостаза, и эти нарушения тем более выражены, чем интенсивнее осуществляется реализация данной програм­мы. Более того, исходная морфофункциональная незрелость де­тей может явиться основой достаточно стойкого отклонения от гомеостаза, что связано с низким уровнем чувствительности регуляторных механизмов. При этом в силу вступает универсаль­ный принцип: «любое стойкое нарушение гомеостаза увеличи­вает вероятность смерти» (Дильман В. М., 1987). Очевидно, было бы правомочным говорить о существовании своеобразного по­граничного состояния, обусловленного интенсивным процессом роста ребенка и активной дифференцировкой его тканевых струк­тур с отчетливой гетеродинамией этого роста, что сопровождает­ся выраженной дезадаптацией ребенка в постнеонатальном пе­риоде, крайним вариантом которой может явиться летальный ис­ход на фоне воздействия минимальных по своей выраженности неспецифических факторов, что и обозначается как СВС. Проме­жуточную часть возможного клинического спектра должны, в частности, составлять часто болеющие дети, что является не­специфическим проявлением предрасположенности к заболева­ниям со сниженным пороговым эффектом (Вельтигцев Ю. Е-, Дементьева Г. М, 1988).

Мы полагаем, что СВС следует рассматривать как трехфазный процесс. *Первая фаза,* занимающая период антенатального раз­вития, характеризуется внутриутробной морфологической и функ­циональной ретардацией плода, что очевидно уже при рожде­нии ребенка. *Вторая фаза* состоит в преодолении критического биологического барьера, обусловленного неонатальным перио­дом с первичной адаптацией ребенка к условиям внеутробного существования. Неспособность преодолеть этот барьер реализу­ет себя в виде неонатальной смерти ребенка, связанной с мор­фологической и функциональной незрелостью, при которой ди­агноз представляется очевидным, а механизм смерти вполне объяснимым. Однако разумно предположить, что некоторые случаи неонатальной смерти детей могут и должны укладывать­ся в критерии СВС, а сам СВС может диагностироваться и в неонатальном периоде. Наконец, *третья фаза* возникает в пост­неонатальном периоде, когда ребенок, имевший исходные при­знаки дезадаптации, становится объектом интенсивной морфо-функциональной перестройки, связанной со своеобразно проте­кающим процессом онтогенеза. На этом этапе создаются периоды повышенной ранимости, и вмешательство неспецифических, за­частую весьма умеренно выраженных пусковых факторов мо­жет спровоцировать гибель ребенка. Применительно к СВС такими пусковыми факторами чаще всего являются умеренно выраженные ОРВИ. К числу этих факторов могут, вероятно, при­надлежать и гастроэзофагеальный рефлюкс[[4]](#footnote-4), изменения темпе­ратуры воздуха и иных метеофакторов, резкие и незнакомые звуки, незнакомые объекты и непривычное окружение ребенка, резкое пробуждение от сна, тугое пеленание, ограничение дви­жений и многие другие. Феномен СВС может, таким образом, рассматриваться как одно из проявлений альтерированного (из­мененного, *примеч. ред.)* онтогенеза (Воронцов И. М, 1991).

СВС представляет собой уникальную модель, иллюстри­рующую многообразие взаимодействия внешних и внутренних факторов, лежащих в основе различных вариантов наступления смерти детей первого года жизни. Данный синдром занимает как бы промежуточное положение между двумя крайними воз­можностями: летальными исходами, при которых преимуществен­ное значение имеют внутренние факторы, отражающие незре­лость ребенка, его крайне выраженную дезадаптацию, а вне­шние факторы играют второстепенную роль (что, в частности, наблюдается при многих вариантах неонатальной смерти недо­ношенных детей), и теми случаями смерти, где ведущее значе­ние имеют внешние факторы (чаще всего тяжелые, генерализо­ванные инфекции).

**Р. Ж. Мухамедрахимов**

**МАТЬ И МЛАДЕНЕЦ: ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ[[5]](#footnote-5)**

**МЛАДЕНЦЫ С «ТРУДНЫМ» ТЕМПЕРАМЕНТОМ**

«Трудный» темперамент был выделен как синдром ха­рактеристик, включающий в себя высокий уровень активности, интенсивные эмоциональные реакции, трудности приспособле­ния и в целом негативное настроение (Chess, Thomas, 1987). В последние годы к этому набору добавляют нерегулярность со­стояний (например, голода, сна, возбуждения, внимания) и сиг­налов младенца, что может привести к сложностям чтения сигналов и формирования ответного поведения матери, к про­блемам регуляции состояния ребенка, например проблемам кормления (Hagekull et al., 1997}.

Данные литературы показывают, что, несмотря на предпо­ложение о неблагоприятном влиянии такого младенца на взаи­моотношение с родителем, прямой, связи между темпераментом ребенка и различиями в поведении родителя не обнаружено (Bates, 1987). К примеру, неуступчивость, гнев или недостаток уверенности у ребенка могут быть результатом поведения мате­ри, а не темперамента ребенка. В исследованиях, где данные о нестабильности ребенка не связаны с процедурой измерения, показано влияние на уровень активности и эмоциональные ре­акции ребенка особенностей личности матери, ее взаимодействия с младенцем, факта замужества матери. Изменение эмоциональ­ности в положительную сторону в возрасте от 3 до 9 месяцев с большей вероятностью связано с безопасной привязанностью в 12 месяцев (Belsky et al., 1991). Обнаружено, что такая характе­ристика темперамента младенца, как склонность к стрессу, была связана с поведением матери и ее личностью. Однако связей между темпераментом, оцененным в 9 месяцев, и привязаннос­тью матери и младенца в 13 месяцев не выявлено (Mangelsdorf et al., 1990). Измерение характеристик матери пренатально по­казало, что трудности темперамента у детей в первые 8 меся­цев жизни связаны с тревожностью матери (Vaughn et al., 1987). Исследования, в которых характеристики младенца описы­ваются объективным наблюдателем независимо от восприятия ребенка родителем и до момента возможных влияний взаимоот­ношений родитель — младенец, показывают слабую связь меж­ду него катальными характеристиками и развитием отношений родителя и ребенка. Считается, что без влияния на родителя дру­гих факторов риска биологически опосредованные характерис­тики младенца не ведут к изменению отношений. К примеру, обнаружено, что усиление нечувствительности матери к 12 ме­сяцам зависело одновременно как от отрицательных пренатальных отношений, так и от увеличенной раздражительности ново­рожденного. Небезопасная привязанность раздражительного младенца к матери формировалась в случаях, когда матери ис­пытывали недостаток социальной поддержки. Карающее роди­тельское поведение матерей-подростков, испытавших отверже­ние в собственном детстве и ограниченную поддержку со стороны партнеров, проявлялось вне зависимости от раздражи­тельности младенцев. В то же время при одном и том же кара­ющем поведении родителей дети, оцененные в три месяца как раздражительные, были более неуступчивы, менее уверены и чаще сердились по сравнению с менее раздражительными мла­денцами (Crockenberg, 1987). Таким образом, при всей сложнос­ти отношений в паре «родитель — ребенок» результаты иссле­дований ведут к заключению, что при определенных условиях характеристики темперамента ребенка могут влиять на взаимо­действие матери и младенца.

**МЛАДЕНЦЫ С СИНДРОМОМ ДАУНА**

Обзор данных литературы показывает, что уже сразу после рождения младенцы с синдромом Дауна способны уста­навливать взаимодействие с матерью. Однако качество этого вза­имодействия зависит, с одной стороны, от состояния матери, пе­реживающей шок, горе и депрессию после сообщения диагноза ребенка, с другой — от особенностей самого ребенка. Обнару­жено, что у младенцев с синдромом Дауна нарушено проявле­ние таких наиболее ранних и способствующих установлению кон­такта с матерью видов поведения, как цепляние, хватание и др. В связи с нарушениями сосания наблюдаются осложнения вза­имодействия во время кормления, особенно кормления грудью. Сообщается о значительных межиндивидуальных различиях в способности адаптации родителей и установления контактов с ребенком (Emde, Brown, 1978). Положительное, реалистичное от­ношение врачей и других профессионалов к младенцу с синдромом Дауна и его последующему развитию может во многом поддержать родителей и способствовать взаимодействию с мла­денцем. Несмотря на то, что младенцы с синдромом Дауна уже в относительно раннем возрасте устанавливают контакт глаза в глаза с матерью, время и качество проявления этого поведения значительно отклоняется от нормативных данных. Так, время по­явления контакта глаза в глаза, когда мать чувствует, что ребе­нок узнает ее, отстает на две с половиной недели; количество контактов глаза в глаза достигает пика на 7 — 10 недель позже. Младенцы с синдромом Дауна продолжают поддержтвать дос­тигнутые в 4 — 5 месяцев значения длительности и числа кон­тактов глаза в глаза, фиксируются исключительно на глазах ма­тери, тогда как в контрольной группе эти значения после 4 месяцев уменьшаются, поскольку, используя эпизоды взаимодей­ствия лицом к лицу, здоровые младенцы начинают исследовать другие черты лица (Berger, Cunningham, 1981). В возрасте 6 — 9 месяцев между детьми с синдромом Дауна и их матерями в про­цессе взаимодействия наблюдалось в два раза большее число межличностных контактов глаза в глаза, чем в контрольной груп­пе, однако с 2 до 3 лет в ситуации свободной игры зрительное отслеживание матерей и окружения значительно меньше.

Обзор литературы, в которой сравнивались младенцы без отставания в развитии и младенцы с синдромом Дауна, показал значимые различия в проявлениях не только взгляда глаза в гла­за, но и вокализации, темперамента, расстояния между младен­цем и матерью (Barnard, Kelly, 1990). Как и нормально развива­ющиеся дети, младенцы с синдромом Дауна чувствительны к вре­менным характеристикам вокализаций матери (паузам, времени начала и окончания вокализаций) и подстраиваются под них, од­нако в этом процессе могут наблюдаться искажения. Имеются данные, что в нормальных диадах с развитием младенца оче­редность взаимодействия увеличивается, тогда как относитель­ная частота одновременной вокализации уменьшается. При ана­лизе вокального взаимодействия матерей и младенцев с синд­ромом Дауна была обнаружена тенденция одновременных вокализаций в отличие от соблюдения очередности взаимодей­ствия в диадах «мать — младенец» нормального развития (Berger, Cunningham, 1983). Со временем диады, которые включали мла­денцев с особыми потребностями, становились менее успешны­ми во взаимной адаптации и регуляции вокального поведения. Эти факты свидетельствуют об искажении процесса взаимодей­ствия в парах «мать — младенец» с особыми потребностями уже в течение первых шести месяцев и дополняют данные об асинхронности вокального взаимодействия в парах, включав­ших детей с синдромом Дауна второго года жизни (Barnard, Kelly, 1990).

Исследования показали, что у младенцев с синдромом Дау­на в течение первых месяцев жизни общее количество вокали­заций и скорость увеличения числа вокализаций значительно отстают от таковых в контрольной группе детей. У здоровых мла­денцев количество вокализаций достигает максимума в 4 меся­ца, а затем с 4-го по 6-й месяц жизни уменьшается, тогда как у их сверстников с синдромом Дауна продолжает увеличиваться. Длительность материнских вокализаций в течение первых че­тырех недель в этих группах не отличается, однако на пятой и шестой неделе значительно выше у матерей детей с особыми потребностями (Berger, 1990).

Сравнение взаимодействия матерей и детей без отставания в развитии, с одной стороны, и матерей и детей с синдромом Дауна — с другой, не показало различий в частоте участия во взаимодействии, однако если в первой группе взаимодействие направлялось чаще ребенком, то во второй группе — матерью. Несмотря на то что по результатам данного исследования число вокализаций младенцев с синдромом Дауна оказалось столь же велико, как и в контрольной группе, их взаимодействие с мате­рями характеризовалось меньшим соблюдением очередности и большим числом одновременных вокализаций (Jones, 1977).

Анализ выражений лица показал, что улыбка, служащая наи­более важным сигналом для возникновения эмоционального от­вета со стороны матери, появляется у младенцев с синдромом Дауна позже и менее выразительна. В течение первых шести месяцев жизни частота появления и длительность улыбки зна­чительно меньше (Emde, Brown, 1978). Считается, что среди ос­новных социальных сигналов улыбка у детей этой группы на­рушена в наибольшей степени (Berger, Cunningham, 1983). Ма­тери младенцев с синдромом Дауна, для того чтобы вызвать улыбку у детей, чаще матерей нормально развивающихся мла­денцев используют тактильную и кинестетическую стимуляцию. В данном случае появление улыбки может быть связано с инту­итивно подобранной стратегией физической стимуляции и по­вышением общего уровня возбуждения ребенка.

В целом считается, что коммуникативное поведение матери по отношению к ребенку с синдромом Дауна далеко от опти­мального. Низкие способности обработки информации и ответ­ной реакции ребенка, высокий уровень материнской стимуля­ции, нарушение подстраивания и очередности вокального взаимодействия не способствуют появлению социальных ответов со стороны ребенка. Показано, что социальное поведение этих де­тей (характер вокализации и улыбки) в ситуации естественного взаимодействия с матерью мало отличается от поведения в си­туации, когда мать просят молчать и сделать неподвижное лицо. Если в контрольной группе к четвертому месяцу жизни у мла­денцев наблюдается значительная реакция на замирание мате­ри, свидетельствующая об опыте успешного взаимодействия и ожидании ответного социального поведения матери, то младен­цы с синдромом Дауна в течение первых шести месяцев чаще своих здоровых сверстников плачут и демонстрируют стресс в условиях обычного взаимодействия с матерью (Beiger, 1990).

Показано, что в 12 месяцев младенцы с синдромом Дауна ма­нипулируют игрушками меньше других детей того же возраста. Оказалось, что их родители стараются компенсировать своими действиями низкую активность детей — например, помещают их близко к игрушкам, ориентируют, направляют внимание на иг­рушки, предъявляют больше игрушек, чем матери здоровых и не­доношенных детей. Активное вмешательство со стороны матери, ее контролирующий и «педагогический» стиль лишь сбивают ре­бенка с толку, рассеивают его внимание (Cicchetti, Beeghly, 1990). Ограниченное внимание ребенка с синдромом Дауна не позво­ляет ему совершать одновременно два действия — играть игруш­ками и взаимодействовать с матерью. В целом матери, сравни­вая своих детей со здоровыми младенцами, недооценивают их ус­пехи и качество игры, а дети из этой группы риска меньше интересуются игрушками и объектами внешнего мира.

Несмотря на особенности, младенцев и состояние их роди­телей, раннее взаимодействие играет важную роль в развитии детей с синдромом Дауна. Считается, что природа и качество взаимодействия значительно отличаются от одной диады к дру­гой и зависят как от общих и социальных способностей мла­денцев, так и от индивидуальных особенностей родителей. Каж­дый индивидуальный случай необходимо рассматривать отдель­но как сложную и открытую систему со множеством влияющих факторов, механизмов регуляции, потенциальных возможностей самовосстановления и изменения. Несмотря на конституцион­ные нарушения, младенцы с синдромом Дауна могут формиро­вать такие же отношения привязанности к матери, как и их здо­ровые сверстники. Исследование детей этой группы риска, проживающих в американских семьях, показало, что большин­ство формирует к наиболее близкому человеку безопасную при­вязанность (Thompson et al., 1985). Считается, что увеличение временного промежутка между уходом матери и плачем и труд­ности, с которыми сталкивается мать или незнакомка при ус­покоении ребенка, свидетельствуют о высоких порогах возбуж­дения у детей с синдромом Дауна и сложностях контролирова­ния состояния (Cicchetti, Beeghly, 1990). Однако приобретаемый ими со временем опыт социальных отношений положительно влияет на способность управления эмоциями.

**МЛАДЕНЦЫ С ОТСТАВАНИЕМ В УМСТВЕННОМ РАЗВИТИИ**

Сравнение игрового взаимодействия в контрольной группе матерей и здоровых младенцев и в группе матерей и младенцев с особыми потребностями показало, что если в пер­вом случае матери подстраивают свое поведение под способно­сти и поведение ребенка, то во втором наблюдается дефицит поддержки независимой или инициированной младенцем игры, намного более часто происходит инициирование игры самой матерью (Brooks-Gunn, Lewis, 1982). Такое поведение матерей де­тей группы риска может быть отнесено к поведению, контроли­рующему взаимодействия, и связано с восприятием матерями особенностей своих младенцев.

Анализ взаимодействия матери и младенца в ситуации сво­бодной игры показал, что матери детей с отставанием в умствен­ном развитии воспринимали себя как пытающихся изменить до­ведение младенцев более.часто, чем это имело место у матерей нормально развивающихся детей. Было обнаружено, что младен­цы с отставанием в развитии меньше отвечали на инициации матерей и по сравнению с контрольной группой вдвое меньше инициировали взаимодействие (Eheart, 1982). Подчеркивается, что по сравнению с результатами наблюдений диад «мать — младе­нец» без отставания в развитии матери детей с особыми по­требностями были более доминирующими, а сами дети — менее вовлеченными во взаимодействие.

Среди причин меньшей взаимности поведения и большего доминирования матери в парах «мать — младенец» с отставани­ем в развитии выделяют особенности характеристик младенцев группы риска {Barnard, Kelly, 1990). Полученные данные под­тверждают предположение о слабости и малой частоте реплик младенцев с задержкой в развитии, что может вести к случай­ному и менее ориентированному на сигналы младенца поведе­нию со стороны матери. Так, уже в ранних работах было обнаружено, что в группе из десяти пар матерей и слепых младен­цев только две матери были способны самостоятельно, без по­мощи персонала установить хорошую тактильную коммуника­цию с детьми (Fraiberg, 1974). Полученный факт объяснялся тем, что по сравнению со здоровыми детьми слепые младенцы были менее отзывчивы, меньше вокализировали и медленнее обуча­лись определению местоположения объекта по звуку.

Исследование игрового поведения 60 младенцев с органи­ческими поражениями головного мозга и отставанием в разви­тии и их матерей показало, что многие виды материнского по­ведения, которые были связаны с положительным или отрица­тельным функционированием ребенка в познавательной области, сходны с поведением матерей и их связью с функционировани­ем детей без отставания в развитии (Mahoney et al., 1985). Так, чувствительность к состоянию ребенка, удовольствие от взаи­модействия, отзывчивость и соответствующее обучающее пове­дение у матерей были положительно связаны с результатами оценки уровня развития детей, тогда как директивность и конт­ролирующее поведение матерей, нечувствительность к интере­сам ребенка — отрицательно. Матери младенцев, имеющих наи­более высокие оценки по шкале Н. Бейли, позволяли детям уп­равлять, были больше заняты поддержкой инициированных детьми действий, чем руководством.

В результате одного из исследований было обнаружено, что вокальное взаимодействие матерей и годовалых младенцев с от­ставанием и без отставания в развитии одинаково успешно (Barnard, Kelly, 1990). Однако когда младенцы с задержкой в раз­витии были разделены на две\* подгруппы с высокими и низки­ми оценками развития по шкале Н. Бейли, то оказалось, что во второй подгруппе нарушение вокализации у матери влияет на стиль ее взаимодействия и может привести к случайным и ме­нее соответствующим сигналам ребенка ответам.

Серии исследований показали, что нарушения раннего вза­имодействия могут быть связаны с неспособностью матери про­честь сигналы своего ребенка и обеспечить оптимальную сти­муляцию. Такие нарушения обусловливают последующие пове­денческие и эмоциональные проблемы в школьном возрасте, включая гиперактивность, ограниченность внимания, сложнос­ти взаимодействия со сверстниками, эмоциональные нарушения, диагностируемые как депрессия (Field, 1990). Обнаружено, что младенцы группы высокого риска меньше глядят на матерей, улыбки и вокализации у них случаются реже, они беспокоятся и плачут чаще, чем нормальные младенцы. Наличие частых негативных аффектов вместе с повышенной частотой сердечных сокращений у таких младенцев приводит к выводу о пережива­нии ими стресса в процессе взаимодействия с матерью. Выде­ленные поведенческие и физиологические изменения у младен­цев группы риска могут отражать повышение возбуждения вслед­ствие информационной перегрузки, чрезмерной стимуляции (ibid.). Считается, что по мере того, как родители становятся бо­лее чувствительными к сигналам младенцев и лучше предска­зывают результаты поведения, они становятся уверенными в себе как в родителях (Goldberg, 1977). Существуют широкие индиви­дуальные различия ясности сигналов младенцев, так что в слу­чае меньшей предсказуемости и читаемости сигналов младенца даже наиболее чувствительные родители могут быть участника­ми хаотичного взаимодействия.

Стимулирующее поведение матери может быть определено как перестимулирующее, переконтролирующее и передомини­рующее, если оно ведет к неуловимым или сильным сигналам отрицания взаимодействия со стороны младенца. В естествен­ных попытках вызвать у младенца положительный аффект ма­тери часто проводят слишком большую стимуляцию и подвер­гают младенца стрессу (Field, 1990). Одно из объяснений тако­го поведения состоит в том, что усиление фрустрации в случае минимального ответа младенца ведет к раздражительности ма­тери. Другое состоит в том, что матери становятся более ак­тивными для компенсации относительной неактивности младен­цев, возможно, для того, чтобы сохранить некоторое подобие протекания взаимодействия. Третье объяснение связано с же­ланием матери, чтобы ребенок вел себя как сверстники, и с попытками поощрить это более частым моделированием пове­дения. Еще одна интерпретация поведения матери состоит в том, что представление матери о своем младенце как о слабом и с задержкой в развитии ведет к чрезмерной протекции, а в крайнем варианте — к чрезмерно контролирующему родительс­кому поведению.

**МАТЕРИ ИЗ ГРУПП РИСКА**

Развитие в младенческом возрасте зависит не только от индивидуальных конституциональных характеристик или ме­дицинского состояния ребенка, но также во многом от особен­ностей его ближайшего социального окружения — матери. Ниже рассматривается развитие младенцев у матерей с психически­ми расстройствами и из группы социального риска.

**МАТЕРИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

В этой группе матерей наиболее изучены взаимодей­ствие и привязанность младенцев и депрессивных матерей. Данных о поведении взаимодействия у матерей с другими пси­хическими расстройствами, в частности у матерей, больных ши­зофренией или маниакально-депрессивным психозом, значитель­но меньше.

**Депрессивные матери**

Зарубежные исследования середины 1980-х годов по­казывают, что около 25 — 30% матерей находятся в депрессив­ном состоянии в течение трех месяцев после рождения ребен­ка. В послеродовой период вероятность переживания депрес­сии у женщин в два раза выше, чем в другие периоды жизни (Ruttenberg et al., 1997). В целом эмоциональное, соматическое, речевое развитие и поведение детей, воспитанных депрессив­ными матерями, менее благоприятно по сравнению с развити­ем детей нормальных матерей или матерей с другими диагно­зами (Sameroff, Seifer, 1983). Нарушения раннего взаимодействия младенцев и депрессивных матерей ведут впоследствии к про­блемам развития у ребенка.

В 1973 г. Дж. Боулби предположил, что депрессивные мате­ри «присутствуют наполовину», физически присутствуют, но эмо­ционально отсутствуют. Исследование женщин с симптомами послеродовой депрессии показало, что в процессе спонтанных взаимодействий лицом к лицу их младенцы ведут себя менее позитивно по сравнению с младенцами недепрессивных мате­рей и демонстрируют небольшое изменение поведения при вза­имодействии с матерью в ситуации симуляции депрессии (Field, 1987, 1990). Наоборот, в ситуации взаимодействия с симулирую­щей депрессию матерью младенцы недепрессивных матерей либо пытались восстановить более позитивное взаимодействие, либо переживали стресс, отворачивались в сторону, протесто­вали (Conn, Tronick, 1983).

По сравнению с матерями из семей с благополучными суп­ружескими отношениями матери, переживающие стресс нару­шения супружеских отношений, воспринимали себя как значи­тельно более тревожных и депрессивных, воспринимали своих детей как имеющих больше поведенческих проблем, проявляли менее соответствующее родительское поведение. Поведение де­тей в этом случае также нарушалось (Bond, McMahon, 1984). Раз­личий личностных характеристик матерей с благополучными и нарушенными супружескими отношениями обнаружено не было.

В общем поведение и эмоциональное состояние младенцев отражают поведение и состояние их депрессивных матерей. В спонтанных взаимодействиях депрессивные матери показывают вялые аффекты, меньший уровень активности и меньшее число ответов, соответствующих поведению младенцев (Field, 1990). У депрессивных матерей наблюдается больше отрицательных и нейтральных выражений лица, совсем немного положительных. Они меньше вокализируют, смотрят и прикасаются к своим мла­денцам, меньше имитируют их поведение, меньше играют в игры, однако говорят со своими младенцами так же много, как и матери контрольной группы.

Обнаружено, что лица депрессивных матерей-подростков в процессе взаимодействия с собственными младенцами и мла­денцами недепрессивных матерей значительно менее вырази­тельны. Суммарная оценка, включающая в себя такие измере­ния, как состояние, физическая активность, поворот головы, взгляд, молчание при отводе взгляда, выражения лица, вокали­зации, детскость поведения, отзывчивость и игра, была у деп­рессивных матерей значительно ниже. Их поведение было да­леко не оптимальным и при взаимодействии с младенцами не­депрессивных матерей. Суммарная оценка поведения детей недепрессивных матерей (состояние, физическая активность, поворот головы, взгляд, выражения лица, вокализации, суетли­вость) при взаимодействии с депрессивными матерями была выше, чем у их сверстников, постоянно общающихся со своими депрессивными матерями (Martinez et al., 1996).

В процессе спонтанных взаимодействий младенцы депрес­сивных матерей были менее активны, показывали мало выра­жений удовлетворения, больше суеты. При взаимодействии ли­цом к лицу с депрессивными матерями младенцы имели боль­ше отрицательных выражений лица и мало положительных, часто отводили взгляд, больше протестовали и проявляли меньшую ак­тивность по сравнению с детьми нормальной группы матерей и младенцев (Field, 1987, 1990). Десятимесячные младенцы пере­живающих состояние депрессии матерей с меньшей точностью могли определить соответствие между вокализациями и изобра­жениями счастливых лиц, тогда как известно, что младенцы здо­ровых матерей в среднем могут делать это уже к пяти или семи месяцам. Дети депрессивных матерей дольше смотрели на лица с грустными выражениями по сравнению с младенцами недеп­рессивных матерей (Lundy et al., 1997). Результаты исследова­ний приводят к заключению, что младенцы депрессивных мате­рей также развивают депрессивный стиль реагирования. Одна­ко неизвестно, являются ли депрессивные аффекты у младенцев результатом отражения поведения матерей или результатом ми­нимальной стимуляции со стороны матерей.

Как было показано по результатам использования шкалы оценки поведения детей неонатального возраста (Brazelton, 1984), новорожденные депрессивных матерей менее активны и менее отзывчивы на социальную стимуляцию (Field et al., 1985). Такие изменения в поведении новорожденных могут быть результатом как генетически опосредованной передачи депрессивного ста­туса от матери к ребенку, так и испытания повышенного стрес­са в течение беременности. Было выдвинуто предположение, что проблемы раннего взаимодействия матери и младенца усилива­ются при предыдущем неблагоприятном влиянии на плод эмо­ционального состояния матери (Sameroff, Chandler, 1975).

Младенцы депрессивных во время беременности матерей, проявлявшие в новорожденный период уменьшение активности и ограничение ответов на социальную стимуляцию, в возрасте трех месяцев сохраняют это поведение, показывают меньше вы­ражений удовольствия и более беспокойны в процессе взаимо­действия. Поскольку пренатальная депрессия продолжается и после рождения ребенка, то у матерей наблюдается мало поло­жительных выражений лица, они не активны со своими мла­денцами, мало имитируют их^и йсрают с ними в игры. Однако вновь не ясно, становится проявление депрессии у младенца результатом длительной экспозиции депрессии матери или оно присуще ему от рождения (Field, 1990).

У депрессивных матерей младенцы подавлены даже в том случае, если их матери не ведут себя в депрессивном стиле. Несмотря на то что многие исследователи выделяют в депрес­сивном поведении родителя неактивность и отдаленность, неко­торые матери в большей степени проявляют навязывающий стиль взаимодействия (Conn et al., 1986). Вне зависимости от того, яв­ляются ли депрессивные матери отдаленными или навязываю­щими, их младенцы, по-видимому, более отвечают на негатив­ное поведение матерей, в то время как младенцы недепрессив-ных матерей более отзывчивы на положительное родительское поведение. Таким образом, в обоих случаях имеет место отраже­ние доминантного настроения матерей. В одном из исследований

показано, что у депрессивных матерей процент времени раз­дражительности или невовлеченности во взаимодействие с младенцем был намного больше, а игры — намного меньше, чем у здоровых матерей (Field, 1990). В свою очередь, младен­цы депрессивных матерей больше времени протестовали или смотрели в сторону и меньше времени были внимательны и иг­рали по сравнению с младенцами недепрессивных матерей. Столь подавленное поведение младенцев не ограничивается лишь взаимодействием с депрессивными матерями. Так, оценка взаимодействия трехмесячных младенцев с недепрессивными женщинами была низкая и похожая на оценку их взаимодей­ствия с депрессивными матерями. Результаты позволяют пред­положить, что депрессивный стиль взаимодействия младенцев распространяется на их взаимодействие с недепрёссивными взрослыми. Вне зависимости от причин постоянство проявления такого поведения взаимодействия с разными партнерами явля­ется очень беспокоящим (ibid.).'

Исследование женщин — представительниц низких соци­альных слоев, имевших множество проблем, включая высокий уровень хронической депрессии, показало, что в течение взаи­модействия лицом к лицу они проявляли больше способностей к изменению, чем ожидалось (Conn et al., 1986). Не все были одинаково отдалены и молчаливы, однако проявления положи­тельных аффектов и отзывчивость в целом были ниже, чем у нормальных матерей. Некоторые из матерей данной группы по­казали высокий уровень вовлеченности во взаимодействие, но проявляющейся в первую очередь в форме навязывания пове­дения или раздражения, чего не наблюдалось у нормальных ма­терей. При наблюдении в естественной ситуации и спонтанном взаимодействии с детьми раздраженные и депрессивные мате­ри проявляли тенденцию избегать своих младенцев, мало ини­циировали взаимодействие. В свою очередь младенцы также были отдалены и редко проявляли положительный аффект. При наблюдении в домашних условиях, когда младенцам было две­надцать месяцев, та же группа женщин показала значительно больше скрытой враждебности и препятствий целенаправлен­ному поведению младенцев по сравнению с контрольной груп­пой нормальных матерей (Lyons-Ruth et al., 1986).

Обобщение результатов этих исследований показывает, что существует несколько паттернов взаимодействия депрессивных матерей и их младенцев, различающихся, возможно, в зависи­мости от тяжести депрессивного состояния, его длительности и других факторов риска (Beckwith, 1990). Один характеризуется выравниванием аффекта, социальным отдалением и понижени­ем уровня энергии, другой — более явным отрицательным аффектом и сопровождается враждебностью и помехами в про­цессе взаимодействия. Возможна еще одна подгруппа, поведе­ние матерей в которой лабильно и чередуется от невовлечения во взаимодействие к навязыванию и перестимуляции. Таким об­разом, депрессивный родитель характеризуется малым или не­достаточно соответствующим сигналам ребенка поведением вза­имодействия, может быть эмоционально отдален, враждебен, не всегда доступен. Все эти изменения поведения родителя могут задерживать развитие у младенца ощущения контроля, удоволь­ствия, чувства безопасности в отношениях (ibid.). Дополнитель­но ребенок может находиться под влиянием депрессивных чувств и раздражительности через распространение негативных аффек­тов родителя.

Исследования показывают, что существует два типа мате­ринской депрессии в первые месяцы после родов. В одном слу­чае матери медленны и монотонны, в другом — напряженны и раздражительны (Rosenblum et al' 1997). Оценивание качества привязанности показало, что в возрасте одного года у детей ма­терей первой группы чаще наблюдается небезопасная привя­занность избегающего типа, тогда как у детей матерей второй группы — небезопасная привязанность амбивалентного типа. Было показано, что в возрасте от 1 до 2,5 лет эти дети с небезо­пасной привязанностью не проявляли радости при взаимодей­ствии лицом к лицу со своими матерями.

Дети первого года жизни, подвергаются риску возникнове­ния и развития проблем, связанных с нарушениями в эмоцио­нальной сфере, формированием небезопасной привязанности и снижением уровня функционирования в познавательной облас­ти в случае, если, по крайней мере, один из родителей имеет психиатрическую историю депрессии (Beckwith, 1990). Младен­цы из семей с родителем с биполярными аффективными нару­шениями имеют еще больше проблем. Несмотря на меньшую вовлеченность во взаимодействие со сверстниками, они прояв­ляют по отношению к ним более частую и интенсивную агрес­сию по сравнению с контрольной группой детей. Дети из таких семей сильнее расстраиваются во время конфликта, вовлекая в него других, и мало проявляют удовольствия после разрешения конфликта. Те же дети проявляют больше страха и гнева в си­туациях свободной игры, при тестировании, в ответ на подход незнакомца {Gaensbauer et al., 1984; Zahn-Wahler et al., 1984).

Проявления небезопасной привязанности чаще наблюдают­ся среди детей матерей с большей депрессией (униполярной или биполярной), чем среди детей матерей с небольшой депрессией или без депрессии. Более того, нетипичная небезопасная при­вязанность, в которую младенец смещается от тревожно-избе­гающего или тревожно-сопротивляющегося поведения, была обнаружена в случае матерей с тяжелой депрессией. В то же время есть дети депрессивных матерей, у которых небезопасная привязанность не обнаружена, и дети нормальных матерей, ко­торые характеризуются как небезопасно привязанные (Gaensbauer et al., 1984).

Несмотря на то что существуют значительные основания го­ворить о генетическом компоненте депрессивных расстройств, осо­бенно в случае биполярного маниакально-депрессивного заболе­вания у родителя, некоторые исследователи описывают множество причин аффективных нарушений у младенцев. Среди них выделя­ют уязвимость младенца, возникающую вследствие изменения по­ведения и нарушения отношений между родителем и ребенком. Предварительные данные показывают, что развитие младенца мо­жет пойти по нормальному пути в случае, если мать выздоравли­вает от послеродовой депрессии (Field, 1990). Так, показано, что матери, находящиеся в состоянии депрессии в течение первых шести месяцев после родов, имеют младенцев, которые развивают депрессивный стиль взаимодействия. Однако если к шести меся­цам мать выходит из состояния депрессии, то и младенцы не деп­рессивны. Эти данные свидетельствуют как о глубоком влиянии депрессии матери на поведение младенцев, так и о гибкости и способности младенцев к адаптации. Неудивительно, что настрое­ние младенца может измениться в соответствии с изменением на­строения матери. В других случаях терапевтическое вмешатель­ство, направленное на матерей с психическими заболеваниями, способствует развитию младенцев (Beckwith, 1990). В целом мате­ри детей с наибольшими достижениями в развитии проявляют боль­ше положительных аффектов, эмоционально доступны, меньше ухо­дят в себя, имеют друзей, более способны любить и проявляют активное желание поделить заботу о своих детях с другими вос­питывающими ребенка взрослыми.

**Другие психиатрические расстройства у матерей**

Считается, что психиатрические расстройства у мате­рей в значительной мере определяют возникновение эмоциональ­ных нарушений у их младенцев. Исследования показали, что дети

матерей, больных шизофренией или маниакально-депрессивным психозом, подвержены психиатрическим нарушениям гораздо чаще, чем дети здоровых матерей. Отмечается, что при психи­ческих отклонениях у детей трудно отделить генетический фак­тор от факторов, связанных с родительским поведением или на­рушением внутрисемейных отношений.

Традиционно для измерения влияния психиатрического на­рушения у матери на ребенка использовалось измерение по­знавательного функционирования, особенно определение IQ. В последнее время в зарубежной литературе для объяснения пе­редачи нарушений от матери к ребенку стали обращать внима­ние на раннее взаимодействие матери и младенца. Эти работы в основном проводились при анализе поведения взаимодействия депрессивных матерей, но есть несколько сообщений, касаю­щихся взаимодействия младенцев и матерей, больных шизофре­нией или переживающих состояние тревоги (Hughes et al., 1997). В то же время существует предположение, что отрицательное влияние на потомство психиатрического отклонения у матери не связано напрямую со специфическим психиатрическим ди­агнозом (Seiferet et al., 1992). Например, у детей матерей, боль­ных шизофренией, вероятность развития шизофрении значительно больше, чем у детей здоровых матерей, однако 40% из них имеют другой, не относящийся к шизофрении тип психопатологии.

Исследование развития детей первого года жизни у мате­рей, больных шизофренией, показало, что нарушение социаль­ного развития младенцев начинает проявляться с пятого меся­ца и характеризуется снижением эмоциональной выразительности при взаимодействии с матерью и другими взрослыми людьми. Отмечается, что у младенцев, матери которых больны шизофре­нией, сопровождающейся длительными депрессивными состоя­ниями, улыбка не становится средством инициации общения (Ко-лоскова, 1989). Клинические исследования детей родителей, боль­ных шизофренией, показали, что патологические реакции на стрессовые ситуации, обусловленные биологическими и соци­альными факторами, наблюдаются на всех этапах раннего он­тогенеза. Наиболее общими и характерными особенностями мла­денцев этой группы риска является дефицит развития в эмоци­ональной сфере, в общении и двигательной области (Буторина, 1979; Козлова, 1986; Козловская, Горюнова, 1986; Римашевская, 1989; Горюнова, 1994).

В сравнительном исследовании родительского поведения раз­личных групп больных женщин было показано, что матери с не­вротическими депрессивными расстройствами развивают своих

детей хуже, чем матери с шизофренией или личностными рас­стройствами (Beckwith, 1990). Если у первой группы матерей были обнаружены значительные различия по сравнению с кон­трольной группой здоровых матерей, то у группы матерей, боль­ных шизофренией, различий оказалось немного. Истории родов и функционирование новорожденных младенцев матерей с не­вротическими депрессивными расстройствами были хуже. Эта группа матерей показала наименьшую вовлеченность во взаи­модействие с детьми в возрасте четырех месяцев, их младенцы были наименее общительны. В 12 месяцев различий между груп­пами обнаружено не было, однако в 30 месяцев невротически депрессивные матери сообщали о своих детях как о менее сотрудничающих, более депрессивных и эмоционально более экс­центричных.

Обнаружено, что в младенческом и раннем возрасте дети матерей с хроническими психиатрическими нарушениями ис­пытывают трудности обобщения и переноса поведения, эффек­тивно использованного в одной ситуации, на другую ситуацию (Hughes et al.1997). Им значительно труднее инициировать вза­имодействие, чем отвечать на инициацию других. Вероятно, в процессе взаимодействия ответное поведение матерей, страда­ющих психиатрическими заболеваниями, не соответствует пове­дению детей, они не способны закрепить их социальные прояв­ления. Возможно также, что дети не чувствуют себя в достаточ­ной безопасности, чтобы в потенциально стрессовой ситуации самим начать взаимодействие.

Показано, что младенцы матерей, больных шизофренией, со­циально более компетентны и проявляют меньше общих нару­шений эмоциональной регуляции, чем младенцы депрессивных матерей. Дети родителей, находящихся в состоянии тревоги, под­вергаются по сравнению с детьми нормальных или депрессив­ных родителей большему риску торможения поведения и про­явлению тревоги в младенчестве. Предполагается, что аффек­тивные качества отношения между родителем и ребенком, особенно депрессия и отдаленность, могут оказывать наиболее заметное влияние на взаимодействие матерей с их младенцами. Однако в целом на развитие ребенка большее влияние оказыва­ют тяжесть и длительность материнской психопатологии, чем специфический диагноз.

**Г. Харлоу, М. Харлоу, С. Суоми**

**ЗАМЕНИТЕЛИ МАТЕРЕЙ[[6]](#footnote-6)**

Давно известно, что серьезное научное исследование, ищущее ответ на тот или иной конкретный вопрос, неизбежно порождает массу новых нерешенных проблем. Усилия, прилага­емые учеными для решения какой-либо крупной проблемы, не­редко направляют их по новым каналам и вызывают интерес к новым вопросам. Часто благодаря случайным или почти случай­ным ассоциациям. Исследование умственных способностей обе­зьян-резусов привело к изучению ненормальностей в их пове­дении и поискам способов их излечения.

На протяжении сорока лет существования лаборатории при­матов (Университет штата Висконсин) мы неотступно осуществля­ли программу, направленную на исследование способностей обезьян-резусов к научению. Однако для многих наших работ исследование научения стало лишь исходным пунктом. Но рас­скажем обо всем по порядку.

Чтобы выяснить, как с возрастом развиваются способности обезьян к научению, в первую очередь необходимо было иметь большое количество подопытных животных всех возрастов. Мы разработали программу массового разведения обезьян и созда­ли условия для воспитания детенышей в лаборатории сразу от рождения. Чтобы взрослые обезьяны не мешали нашим опытам с малышами и не служили источником за­разных заболеваний, мы отнимали детены­шей от матери через несколько часов пос­ле рождения и держали их в индивиду­альных клетках, где уход и пищу они получали из рук человека. Вместо одеял малышам были даны пеленки.

И здесь мы заметили, что обезьянки так сильно привязывались к этим пеленкам, прижимали их к себе, что трудно порой было понять, где кончается пеленка и на­чинается детеныш (рис. 1). А когда пелен­ки забирали из клеток для стирки, обезь­янки проявляли сильнейшее беспокойство.



*Рис. 2*

Но лишь через несколь­ко лет мы наконец поняли истинное значение пеленки для детеныша.

Многие полезные идеи рождаются, как известно, в полете фантазии; идея же создания заменителя ма­тери возникла во время по­лета на реактивном лайнере. Тряпочная мать родилась в 1957 г. в утробе самолета: один из авторов этой статьи (Г. Ф. Харлоу) повернулся, чтобы посмотреть в иллюми­натор, увидел пустое сосед­ское кресло и вдруг понял, что именно такой мягкой и ворсистой, как это комфор­табельное кресло, и должна быть искусственная мать. Тут же в самолете появился набросок проекта будущих исследований, за осуществление которых вскоре и принялись все три автора.

Что играет наиболее важную роль в возникновении у ново­рожденного любви к матери — ощущение комфорта, вызываемое прикосновением к ее телу, удовольствие от сосания или чув­ство насыщения?

Это была первая теоретическая задача, которую предстояло нам решить с помощью искусственной матери. И мы ее решили, фактически развенчав теорию унаследованного влечения. Опы­ты с ныне знаменитыми тряпочными и проволочными матерями неопровержимо доказали, что чувство комфорта, возникающее у детеныша при прикосновении к матери, и есть тот главный фак­тор, та главная побудительная сила, которая призывает его к ней. К тому времени, как фотографии маленькой обезьянки, до­верчиво прижимающейся к мягкой искусственной матери, обо­шли весь мир (рис. 2), крах теории, объясняющей развитие об­щественных привязанностей молодого животного постепенным ослаблением врожденного влечения к матери, стал очевиден. По­истине не молоком единым жив младенец!

Поскольку мы уже знали, как привязывается детеныш к пе­ленке, нас ничуть не удивило, что в подавляющем большинстве случаев маленькие обезьянки предпочитали тряпичных матерей,

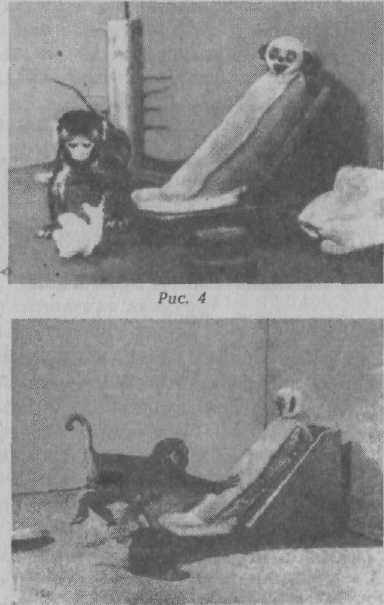


Рос. *3*

не кормивших их молоком, проволочным суррогатам, дававшим молоко. Однако, наблюдая за поведением малышей в новой обстановке, мы обнаружи­ли у наших тряпочных ма­терей неожиданное свой­ство — способность вселять в младенцев чувство пол­ной безопасности и уверен­ности. Если детенышей са­жали в незнакомую комна­ту, где были игрушки, но не было тряпочной матери или вместо нее был прово­лочный суррогат, то они обычно свертывались в ко­мочек и визжали от стра­ха (рис. 3).

Но стоило внести туда же тряпочную мать, как ма­лыш поспешно ковылял к ней и вцеплялся в нее изо всех сил. Как только страх его проходил, малыш начи­нал обследовать окружа­ющую обстановку (рис.4), время от времени возвра­щаясь к своей неживой матери, чтобы потрогать или крепко обнять ©е и тем ослабить свое чувство страха или неуверенности (рис.5).

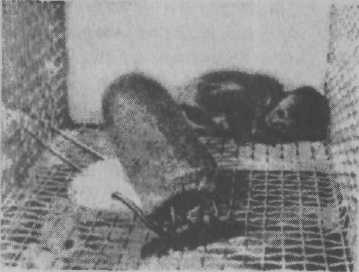
Впоследствии мы име­ли возможность вновь и вновь убедиться в той очевидной истине, что любой сколько-нибудь важный акт поведе­ния животного определяется не одним, а несколькими факторами. Чтобы проиллю­стрировать эту аксиому, мы создали несколько образцов искусственных матерей, различающихся по форме и действию. И они позволили нам обна­ружить, что возникновению привязанности детеныша к матери по­мимо чувства комфорта, создаваемого физическим контактом, замет­ным образом способствуют еще и многие другие свойства матери. Используя «кормящих» и «некормящих» тряпочных матерей, мы смог­ли показать, что кормление — существенный для младенца фактор на протяжении первых 90 дней его жизни. Таким образом, с помо­щью этого простого исследования мы узнали то, что в течение мно­гих веков было известно всем, кроме физиологов. Далее, исполь­зуя укачивающих и неукачивающих искусственных мам, мы установили, что малыши примерно до 160 дней жизни предпо­читают укачивание. Исследовалось также значение разных ви­дов покрытия поверхности «тела» искусственной матери, и были получены результаты, которых следовало ожидать: шелк и са­тин, быть может, кажутся привлекательными для взрослых, но они не согревают душу младенца так, как греет махровая ткань.



*Рис 6*

Удивительные данные о роли температуры матери были получены в опытах С. Дж. Суоми, сконструиро­вавшего тряпочную мать, в «жилах» которой текла хо­лодная, как лед, вода. Ново­рожденные малыши пробо­вали дотрагиваться до этой холодной тряпочной фигуры, но тут же убегали в даль­ний угол клетки и никогда больше к матери не приближались (рис. 6).

Мы сравнили наших самодельных матерей с настоящими и пришли к выводу, что, разумеется, настоящие матери лучше. Тря­почная мать может снабжать детеныша молоком, но не из такой удобной посуды, как живая. Настоящая мать не дает малышу сосать после того, как он насытился, тогда как никакая искус­ственная мать не может остановить бесполезное сосание. На­стоящая мать приучает детеныша помещать фекалии в одно ме­сто, а не размазывать их повсюду. Настоящая мать учит своего младенца понимать жесты и голосовые сигналы других обезь­ян. Настоящая мать подвижна и реагирует на все нужды мла­денца и на его поведение, а суррогатная может лишь пассивно все принимать.



Позднее мать играет активную роль в отторжении младен­ца от себя, от своего тела, и это наталкивает его — может быть, непреднамеренно — на обследование окружающей живой и нео­душевленной среды. Наконец (и это особенно важно для разви­тия будущей способности к общению со сверстниками), настоя­щая мать с гораздо большим успехом, чем тряпочный суррогат, может регулировать первые младенческие игры — важнейшую деятельность, ведущую к успешному развитию чувства любви к сверстникам...

Мы бы так без конца и занимались искусственными мате­рями, если бы не замечание, которое старший из авторов дваж­ды в течение одного месяца услышал из уст совершенно раз­ных людей — выдающегося психолога и выдающегося психиат­ра. Оба они сказали: «Слушай, Гарри, ты, пожалуй, войдешь в историю психологии как отец искусственной матери!» Это было уже слишком! В отчаянной попытке избежать этой участи мы устремились в новую сферу исследования, которой суждено было в дальнейшем распасться на две обширные, четко разграничен­ные области — природу нормальной, естественной любви у ма­как-резусов и экспериментальное вызывание психозов.

**ЕСТЕСТВЕННАЯ ПРИРОДА ЛЮБВИ**

Нормальная и естественная любовь у макак-резусов развивается путем последовательной смены и взаимодействия пяти главных видов, или «систем», любви, к которым относятся: материнская любовь, любовь младенца к матери, любовь к сверст­никам, которую другим психологам и психоаналитикам еще пред­стоит когда-нибудь открыть, гетеросексуальная любовь, т. е. лю­бовь к особи другого пола, и отцовская любовь.

Существование материнской любви всегда было очевидным. Мы уже упомянули социальные функции материнской любви. Исключительно важная, фундаментальная ее функция — это на­правлять игру малышей так, чтобы они успешно играли вместе, а не порознь. Материнская любовь оказывается важным этапом в развитии любви к сверстникам и ровесникам.

Факторы, лежащие в основе любви младенца к матери, мы перечислили при описании опытов с искусственными матерями.

Мы считаем, что более важным видом любви, фактически самым важным с точки зрения ее роли на протяжении всей жизни животного, является любовь к сверстникам, которая воз­никает на основе любопытства и исследовательской деятельно­сти и развивается затем в процессе разного рода игр. Общение со сверстниками способствует возникновению привязанности к товарищам, развитию основных социальных ролей, торможению агрессивности и созреванию полового чувства.

Следующая система любви у приматов — гетеросексуальная любовь. Этот вид любви развивается из любви к сверстникам — подобно тому, как любовь к сверстникам развивается из любви материнской.

У разных семейств животных гетеросексуальная любовь различается по форме и функциям. Гетеросексуальная любовь у крыс и у приматов развивается по-разному. Если это крыса, ее половая жизнь определяется эндокринной системой и будет про­текать успешно. Но если перед вами обезьяна — низшая или че­ловекообразная — и если ее половая жизнь определяется толь­ко гормонами, то ее ожидает печальное будущее. Половая жизнь у приматов без предшествующей и сопровождающей ее любви искажается и нарушается.

Рассмотрев соотношение врожденного и приобретенного в материнской, младенческой, товарищеской и гетеросексуальной любви, мы должны были обратиться к отцовской любви. Изучив любовь у обезьян настолько, насколько это позволяли наши при­боры и приспособления, я понял, что мы ничего не узнали об отцовской любви и что ее невозможно проанализировать в ус­ловиях лаборатории. Надо было что-то придумать.

Месяц спустя Маргарет Харлоу принесла мне расчет экс­перимента по изучению отцовской любви в лаборатории и про­ект необходимого переоборудования помещений. После сравни­тельно небольшой перестройки чердака над нашей лаборатори­ей анализ отцовской любви начался.

**СЕМЕЙНОЕ «ОБЩЕЖИТИЕ»**

Помещение для семейного «общежития» представляет собой перестроенный, перепланированный и увеличенный в раз­мерах манеж, в котором четыре пары самцов и самок макак живут со своими отпрысками в условиях моногамии. Помеще­ние устроено так, что каждый самец имеет физический доступ только к своей самке, а коммуникативный доступ — ко всем ос­тальным.

Самое же главное — это то, что каждый младенец имеет здесь доступ к каждому взрослому самцу, и, может быть, вследствие любопытства и хитрости всех малышей большинство отцов «об­щежития» охотно откликались на их попытки к общению. На­конец, помещение это дает неограниченные возможности для того, чтобы изучать взаимодействие сверстников и образование дружеских отношений у детенышей одного и того же или раз­ных возрастов.

Создание семейного «общежития» позволило нам узнать мно­го нового относительно отцовской любви. Отцы в таких совме­стно проживающих семьях не позволяют матерям — своим со­жительницам и соседкам — обижать или покидать младенца и служат как связующая сила, охраняющая группу от врагов, в первую очередь от экспериментаторов. Кроме того, отцы благо­даря какому-то эволюционному механизму, который нам пока еще не ясен, проявляют привязанность в равной степени ко всем малышам. Многие отцы играют с ними гораздо больше, чем ма­тери. Отцы игнорируют проявление агрессии со стороны мла­денцев и подростков, они позволяют им щипать себя, кусать, тянуть за хвост и за уши. Чего, кстати, они никогда не позволи­ли бы более старшим или взрослым обезьянам — ни самцам, ни самкам.

До подросткового возраста самцы в отличие от самок мало интересуются новорожденными младенцами, пока те не умеют играть (за исключением своих собственных братьев и сестер). Однако в более старшем возрасте у самцов-подростков появля­ются первые признаки отцовского поведения: малышей, попа­дающихся им на пути, они переносят на другое место, укачива­ют и защищают. Возможно, подобному нежному обращению стар­ших детенышей с младшими и возникновению у них привычки защищать малышей вообще способствуют зоркие взгляды взрос­лых обезьян и готовые сорваться с их уст угрозы.

Нам предстоит узнать еще многое о том, что лежит в осно­ве развития отцовского поведения.

Появление в семьях второго и третьего младенца выявило интересные стороны материнской любви и взаимодействия между детенышами одной и той же семьи. Мы предполагали, что по­явление нового младенца ускорит развитие давно уже зреющих механизмов отлучения старшего детеныша от матери и что лю­бовь к новорожденному быстро вытеснит из материнского сер­дца любовь к старшему отпрыску. И действительно, срачу же после родов отношение матери к старшему детенышу стано­вилось отрицательным. Она не позволяла к себе приближаться, не давала дотрагиваться до сосков и беспрерывно укачивала но­ворожденного. Но рано или поздно все матери изменяли это от­ношение и снова подпускали к. себе своего старшего: у одних матерей это происходило через восемь часов после родов, у дру­гих— через несколько дней. В большинстве случаев отвергнутый детеныш проводил ночь или две отдельно от матери, часто со своим отцом. Но одна малышка сумела добиться физического контакта с матерью в первый же вечер. Она настойчиво лезла к матери, скулила и визжала до тех пор, пока та не подпустила ее к себе.

К нашему удивлению, изгнанные детеныши не проявляли открыто признаков ревности к новым членам семьи, возможно, из страха перед матерью; правда, один юнец дразнил свою сестренку каждый раз, когда мать смотрела в другую сторону. Все отвергнутые малыши проявляли сильное беспокойство в этой драматической для них ситуации отверженности и отчаяния, а старшие детеныши часами предпринимали попытки прикоснуться к телу матери — бодрствующей или спящей,— чтобы восстано­вить реальный или символический комфорт.

В отчаянии, если их попытки не удавались, некоторые из детенышей заходили в соседние жилые камеры и пытались при­близиться к чужим матерям, которые обычно допускали их при­сутствие в камере, но отказывали им в физическом контакте. Другие детеныши искали близости и контакта со своими отцами.

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО ВЫЗЫВАЕМЫЕ ПСИХОЗЫ**

На протяжении многих лет ученые, занимающиеся ис­следованием поведения, предпринимали попытки вызвать у животных психопатологические нарушения поведения с помощью различных экспериментальных манипуляций. Однако серьезных успехов эти попытки не имели. Г. Ф. Харлоу выска­зал предположение, что нужного эффекта, вероятно, можно до­биться в ситуации, когда мать отгоняет от себя детеныша. Для проверки этого предположения были созданы четыре образца «злых» искусственных матерей. Каждый из них был рассчитан на то, чтобы отталкивать цепляющегося за него детеныша, но каждый достигал этой цели своим способом. Одна мать сдувала детенышей сжатым воздухом, другая стряхивала младенца со своей груди, третья подбрасывала его в воздух с помощью на­ходившейся внутри нее катапульты, а у четвертой под поверх­ностью «живота» были спрятаны латунные колючки, которые при необходимости могли выступать наружу.

Однако эти «злые» матери вызывали у детенышей только временное эмоциональное расстройство. Когда искусственная мать отгоняла детеныша, он начинал кричать, но как только мать переставала быть агрессивной, он сразу же к ней врзвращался.

Теперь-то это кажется очевидным: к чему же еще мог при­жаться перепуганный, ищущий физического контакта малыш? Единственными, кто испытывал от этих экспериментов длитель­ное нервное расстройство, были сами экспериментаторы. Толь­ко много позже мы узнали, что существуют матери гораздо бо­лее жестокие, чем эти, но об этом позже.

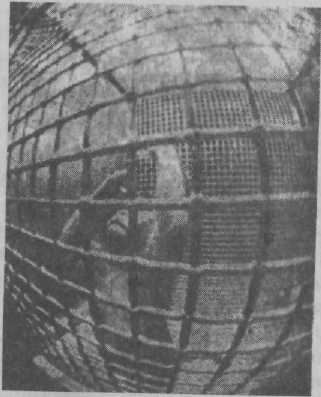
В разгар этих обреченных на неудачу попыток мы вдруг об­наружили, что у нас уже есть десятки ненормальных обезьян. В течение ряда лет мы тщательно изучали влияние среды, окру­жающей обезьянку в раннем возрасте, на ее способности к на­учению в будущем. С этой целью мы каждый раз использовали группу обезьян, выращенных в нормальных условиях, и группу социально изолированных обезьян.

После того как опыты по изучению интеллектуальных спо­собностей группы обезьян, выросших в изоляции, закончились, этих животных, достигших физической зрелости, передали в стадо производителей. Их разделили на пары — самца с самкой — и расселили по большим клеткам. И вот тут-то мы заметили, что с ними творится что-то неладное. У, нас были все основания ожи­дать, что эти здоровые, хорошо развитые животные дадут здо­ровое потомство. Но проходили недели, месяцы, а эти живот­ные не спаривались, и никаких надежд на появление потомства не было.

Летом мы поселили часть из них на свободном обезьяньем островке в зоопарке города Мэдисон в надежде, что там их по­ведение изменится. Кое-какие результаты эта групповая психо­терапия дала. Животные стали объединяться в небольшие груп­пы, чистить друг друга, но нормальное половое поведение у них по-прежнему не появлялось. Считая, что многоопытный самец из стада производителей сможет наконец покорить этих строп­тивых самок, мы выпустили на остров одного из таких самцов. Он легко отстранил всех претендентов на лидерство и сразу же стал на острове вожаком. Но самки по-прежнему не береме­нели. И тогда мы поняли, что вырастили стадо ненормальных в половом отношении обезьян.

Это было началом систематического изучения влияний ус­ловий воспитания на половое и социальное развитие обезьян.

Одной из причин появления ненормальностей в поведении было, как мы уже установили, содержание детенышей, начиная от рождения, в пустых проволочных клетках, без товарищей. Они могли видеть и слышать друг друга, но не имели физического контакта. Позднее мы назвали это «частичной социальной изо­ляцией». В этих условиях животные становились апатичными и



безразличными к внешним раз­дражителям, они подолгу могли сидеть, обхватив себя лапами и раскачиваясь из стороны в сто­рону. У одних появлялись какие-то стереотипные движения, а у других — чрезвычайно странное поведение. Например, животное могло подолгу сидеть возле ре­шетки, бесцельно уставившись в пространство. Время от времени одна из его передних лап мед­ленно поднималась вверх, как бы не связанная с телом, а кисть и пальцы крепко сжимались — картина, удивительно похожая на состояние «восковой гибкости», наблюдающееся иногда у людей, страдающих кататонической шизофренией (рис. 7). Вдруг обезьяна замечала поднятую лапу, в страхе отскакивала в сто­рону, а затем набрасывалась на этот угрожающий предмет.

К сожалению, мы ничего не знаем о том, какие силы зас­тавляют одних изолированных обезьян впадать в апатию, а дру­гих многократно проявлять странные формы поведения.

Так почему же частичная социальная изоляция, которая ка­жется сравнительно мягким видом воздействия, столь разру­шительно сказывается на поведении животного? Обезьянка, вос­питывающаяся при частичной социальной изоляции, не знает материнской любви и не может поэтому любить свою мать. "По­скольку она живет в клетке, у нее не может возникнуть чувство привязанности к сверстникам, которое развивается у нормаль­ных обезьян в результате физического общения с другими мо­лодыми обезьянами. И наконец, половое чувство в условиях пу­стой проволочной клетки не появляется.

Если только лишение физического доступа к другим обезья­нам вызывает столь тяжелые психопатологические последствия, то можно было представить себе, к каким серьезным расстрой­ствам приведет полная изоляция животного. Последующие иссле­дования подтвердили это.

Эксперимент проводили следующим образом. Обезьяна, на­чиная с самого рождения, не могла видеть других животных, не видела она и человека. Единственным исключением были руки экспериментатора, который в первые пятнадцать дней жизни помогал новорожденному кормиться. В дальнейшем эксперимен­татор лишь наблюдал за детенышем через окошко. Способность воспитывающейся в изоляции обезьяны к научению можно было измерять с помощью специальных датчиков.

Обезьяны, проведшие в полной изоляции 3 месяца со дня рождения и выпущенные после этого в «большой мир», испы­тывали на первых порах сильнейшее эмоциональное расстрой­ство. И все же эти обезьяны довольно быстро приспосаблива­лись к обществу сверстников, и уже через месяц их поведение не отличалось от нормального.

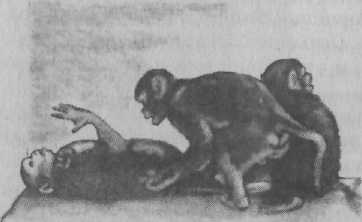
Но вот обезьяны, пробывшие в полной изоляции от рожде­ния до 6 месяцев и выпущенные к сверстникам, уже не могли оправиться от тяжелых последствий изоляции до конца своей жизни. Почти все время они сидели, сжавшись в комок, обхва­тив себя руками и раскачиваясь, полностью уйдя в себя. За во­семь последующих месяцев они так и не смогли войти в кон­такт со своими нормальными ровесниками. Лишь очень немно­гие иногда проявляли интерес друг к друту и даже вступали в игру между собой, показывая тем самым некоторые симптомы

выздоровления.

Затем этих же обезьян содержали в условиях частичной изо­ляции еще около трех лет. Проведенное после этого обследова­ние показало, что поведение обезьян не только не обогатилось, но стало еще более ограниченным по своим формам. Их попыт­ки к общению с другими обезьянами были очень робкими, а попытки полового сближения — неудачными.

Из всех видов социального поведения зрелыми были у них, по-видимому, лишь страх и агрессивность, причем и то и дру­гое они проявляли совершенно не к месту и импульсивно. На­пример, шестимесячные обезьяны, перенесшие изоляцию, на­падали на младенцев (акт, который никогда не позволила бы себе нормальная обезьяна), причем перед нападением или после него они замирали в страхе, если к ним приближались детеныши вдвое меньше по размеру, чем они. Однажды несколько под­вергавшихся ранее изоляции обезьян совершили поступок, рав­носильный самоубийству: они напали на очень крупных взрос­лых самцов — глупость, на которую не отважилась бы ни одна обезьяна, нормальная в социальном отношении.

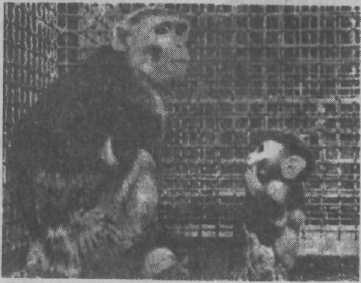
Двенадцатимесячная полная социальная изоляция оказыва­ла на поведение обезьян еще более сильное воздействие. У та­ких животных полностью отсутствовала какая-либо исследователь­ская деятельность и даже простая игра. Раздираемые страхом и беспокойством, эти обезьяны не проявляли даже агрессивности.



Одиноко сидели они в углу или у стенки игровой комнаты, сжав­шись в комочек. Через десять недель этот эксперимент пришлось прекратить, так как нормальные животные буквально разрыва­ли обезьян, перенесших двенадцатимесячную изоляцию, на час­ти, а те не делали никаких попыток защититься (рис. 8).

Обезьян этих мы про­должали держать в лабора­тории еще много лет, но они ни разу так и не про­явили никаких признаков социальной приспособлен­ности. В одном из опытов, проводившихся три года спустя, мы проверяли их способность воспринимать и издавать сигналы, служа­щие для общения. В этом смысле они оказались прекрасной контрольной груп­пой, так как были начисто лишены каких бы то ни было эле­ментов социальной коммуникации.

Многие из наших самок, воспитывавшихся в изоляции, были впоследствии с помощью разного рода ухищрений оплодотворены. Очень скоро мы обнаружили, что нами создан новый вид животного, который получил у нас название «безмамной мамы». Такая обезьяна-мать, выросшая без матери и никогда прежде не знавшая ни материнской, ни какой-либо иной любви, и сама не испытывала любви к своим детям (рис.9). Многие подобные матери-обезьяны не обращали на своих детенышей никакого внимания, но были и такие, которые обращались с ними необычай­но жестоко — придавливали малыша лицом к полу, отку­сывали у него пальцы и ки­сти, а одна из них даже вло­жила голову младенца себе в рот и раскусила ее, как орех. Обдумывая в свое время конструкцию наших «злых» искусственных ма­терей, мы и догадываться не могли о тех жеетокостях, которые показали нам впо­следствии матери настоящие.



*Рис. 9*

Ненормальности в поведении, вызываемые содержанием животного в изоляции, были открыты в основном благодаря слу­чаю. В отличие от этого понимание причин другой формы пси­хического расстройства обезьян — депрессивного поведения — пришло к нам благодаря любви. Изучая материнскую и младен­ческую любовь, мы провели эксперименты, в которых детенышей воспитывали вместе с матерями и сверстниками, а затем разлу­чали с матерями на несколько недель. Это вызывало у детены­шей сильную реакцию.

Сперва они выражали свой протест криками и бурным по­ведением, но вскоре впадали в депрессию, уединялись и стано­вились вялыми. Нормальное общение между малышами ослаб­лялось или исчезало совсем, в частности полностью прекраща­лись игры — наиболее сложный вид общественного поведения молодых обезьян. После того как детенышей возвращали мате­рям, они проводили в общении с ними больше времени, чем до разлуки, наглядно демонстрируя необычайную силу привязан­ности, возникающей между матерью и младенцем, исчезали и ненормальности поведения.

Затем один из авторов данной статьи, С. Дж. Суоми, стал вос­питывать детенышей не с матерью, а друг с другом. Когда в трехмесячном, возрасте этих детенышей разлучали, они выдава­ли ту же реакцию протеста-отчаяния, которая проявилась у де­тенышей обезьян, разлученных с матерью. В отличие от пре­жней методики сверстники разлучались не один раз, а много­кратно. На протяжении шести месяцев малышей разлучали двадцать раз — каждый раз на четыре дня. И каждый раз дете­ныши бурно протестовали, а Потом впадали в отчаяние; встре­чаясь же, они всегда крепко прижимались друг к другу.

Неожиданным и удивительным результатом этих опытов ока­залась сильная задержка в развитии у всех обезьян, подвергав­шихся многократному разлучению. Их поведение в возрасте де­вяти месяцев было столь же инфантильным, как и до первого разлучения, т. е. в три месяца. Казалось, экспериментатор оста­новил биологический календарь развития исследуемых живот­ных. Такие свойственные новорожденным формы поведения, как сосание пальцев, чмоканье и самообхватывание, сохранялись на протяжении всего времени исследования, а сложные формы игры, которые обычно созревают в возрасте трех-шести меся­цев, не проявились даже в девять месяцев. Этот результат пол­ностью противоречил всему, что было известно о нормальном развитии у обезьян.

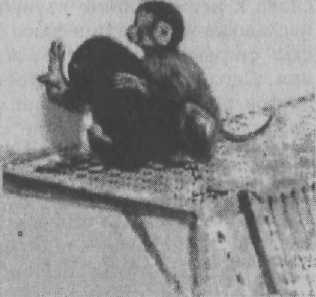
**ПСИХОТЕРАПИЯ И ИЗЛЕЧЕНИЕ ОБЕЗЬЯН**

Следующим закономерным шагом наших исследований был поиск способов излечения депрессивного состояния наших животных.

Поскольку депрессия у наших обезьян вызывалась в основ­ном различными социальными воздействиями, то в первую оче­редь нас интересовала возможность лечения депрессии с помо­щью воздействий также социального характера.

Как уже говорилось, изолянты (животные, перенесшие изо­ляцию), выпущенные в клетку к сверстникам, подвергались же­стоким нападениям. Естественно, что дальнейшее улучшение их психического состояния было почти невозможно. Однако мы заметили, что состояние изолянта несколько улучшалось, если какой-либо другой обезьяне удавалось вступить с ним в кон­такт. Даже некоторые «безмамные мамы» постепенно уступали настойчивым попыткам своих детей вступить с ними в контакт, и, к нашему великому удивлению, эти самки обычно проявляли вполне нормальные материнские чувства к следующему своему детенышу. Тогда мы попробовали подсаживать изолянтов к по­догреваемым искусственным матерям, и изолянты постепенно научились контактировать с безопасными для них суррогатами и значительно реже впадали в характерное для них состояние депрессии. А когда таких животных рассаживали затем в клет­ки по двое, у них уже наблюдались некоторые зачатки основ­ных видов социального взаимодействия.

Эти данные убедили нас в том, что общение, контакт с дру­гими особями могут значительно улучшать состояние изолянтов — все зависит от того, какой вид общения будет использован. Об­думывая методику лечения обезьяньей депрессии, мы пришли к выводу, что наилучшим «лекарем» в этой ситуации была бы та­кая обезьяна, которая могла бы вызвать у изолянта желание до­пустить предлагаемый ему контакт и в то же время не пред­ставляла бы для него физической опасности. Зная особенности общественного поведения у обезьян в разные их возрасты, мы выбрали в качестве «лекарей» нормально развитых обезьянок в возрасте от трех до четырех месяцев. Такие обезьяны еще слиш­ком малы, чтобы проявлять агрессивность, и еще сохраняют ус­тойчивую реакцию прижимания, но уже достаточно развиты для того, чтобы постепенно переходить от простейших форм\* общения к сложной игре.



Поэтому мы взяли шестимесячных обезьян, находившихся от рождения в полной изоляции, и рассадили их по одной в клет­ки особой конструкции, которые могут служить и для жилья и для нашего исследования. В каждую клетку к ним подсадили по одной обезьянке трехмесячного возраста. Изолянт и «лекарь» были отделены друг от друга перегородкой, которая на два часа в день убиралась, что позволяло обезьянам общаться друг с другом.

Первой реакцией изолянта на приближение «лекаря» было забиться в угол, сжаться в ко­мок и раскачиваться из сторо­ны в сторону. Несмотря на это, «лекарь» продолжал следовать за изолянтом и прижиматься к нему (рис. 10). Вскоре изолянты начинали сами прижиматься к «лекарю», а через несколько не­дель изолянты и «лекари» уже играли друг с другом. В течение этого времени ненормальности в поведении изолянта постепенно исчезали, а шесть месяцев спу­стя наступало практически пол­ное выздоровление.

Побочным результатом этих опытов оказались интересные данные о различиях между поведением самцов и самок. Почти случайно получилось так, что все изолянты в этих опытах были самцами, а все «лекари» — самками. Давно известно, что при нормальных условиях воспитания у самцов в отличие от самок вырабатывается грубая форма игрового поведения и эти разли­чия впервые проявляются еще до достижения животными шес­тимесячного возраста. Наши вылечившиеся самцы провели пер­вые шесть месяцев своей жизни в полной социальной изоля­ции, а после этого находились лишь в обществе самок-«лекарей» или друг друга. Таким образом, у них не было социальной мо­дели (взрослого самца), которая могла бы способствовать выра­ботке у них мужских игровых навыков. Тем не менее, когда они стали играть, их манера игры носила явно мужской характер. Это лишний раз подтверждает наши давно уже накапливавшие­ся данные о том, что половые различия в характере игры опреде­ляются не подражанием, а генетикой. Одежду определяет куль­тура, но половые железы — природа.

Рис. *W*

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Итак, мы прошли путь от размышления до лечения — путь трудный и долгий. Приходилось преодолевать препятствия и отклоняться в сторону, но с годами мы поняли, что все это пошло лишь на пользу. Мы начали с опытов по научению, а затем перешли к исследованию любви. Нашей первой любовью был простой и мягкий заменитель матери. Теперь наша любовь — это сложное обезьянье общество, изучение которого привело нас снова к исследованию научения. Были и другие круги. В своих исследованиях психического расстройства мы начали как сади­сты, старающиеся довести животное до ненормального состоя­ния. Сегодня мы врачи, стремящиеся добиться выздоровления. Завтра появятся новые проблемы, новые надежды и новые го­ризонты. Поскольку знание само все время меняется, то и по­иск знания не кончается никогда.

**М. Кляйн**

**НЕКОТОРЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВЫВОДЫ, КАСАЮЩИЕСЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЖИЗНИ РЕБЕНКА[[7]](#footnote-7)**

Изучение психики детей все больше и больше приво­дит меня к осознанию ошеломляющей сложности и комплекс­ности процессов, которые действуют, зачастую одновременно, на ранних стадиях развития. В написании этого раздела я пы­талась осветить некоторые аспекты эмоциональной жизни ре­бенка в течение первого года, отбирая их с особым акцентом на тревоге, защитах и объектных отношениях[[8]](#footnote-8).

**ПЕРВЫЕ ТРИ ИЛИ ЧЕТЫРЕ МЕСЯЦА ЖИЗНИ (ПАРАНОИДНО-ШИЗОИДНАЯ ПОЗИЦИЯ)[[9]](#footnote-9)**

**I**

С самого начала постнатального периода жизни мла­денец переживает тревогу, исходящую от внутренних и внешних источников. Я в течение многих лет придерживалась мнения, что работа инстинкта смерти дает начало страху уничтожения — и это является первопричиной тревоги преследования. Первый внешний источник тревоги может быть обнаружен в пережива­нии рождения. Этот опыт, который, согласно Фрейду, формиру­ет паттерны для всех позднейших ситуаций тревоги, непремен­но должен повлиять на первые отношения младенца с внешним миром[[10]](#footnote-10).

Таким образом, вероятно, боль и дискомфорт, переживаемые младенцем, так же как и утрата внутриутробного состояния, вос­принимаются им как нападение враждебной силы, иначе гово­ря, как преследование5. Тревога преследования, следовательно, с самого начала включается в отношение ребенка к объектам в той мере, в какой он подвергается лишениям.

Предположение, говорящее о том, что первые переживания ребенка, связанные с кормлением и присутствием его матери, инициируют объектное отношение к ней, является одной из ба­зовых концепций, выдвигаемых в этой книге. Это отношение яв­ляется первоначально отношением к частичному объекту как для орально -либидинозных, так и для орально-деструктивных импуль­сов, которые с самого начала жизни направлены, в частности, на материнскую грудь. Мы предполагаем, что всегда существу­ет взаимодействие, хотя и в различных пропорциях, между ли-бидинозными и агрессивными импульсами, аналогичное слия­нию инстинкта жизни и инстинкта смерти6. Можно считать, что периоды свободы от голода и напряжения являются оптималь­ным соотношением, равновесием между либидинозными и аг­рессивными импульсами. Это равновесие нарушается всякий раз, когда вследствие лишения (внутреннего или внешнего проис­хождения) усиливаются агрессивные импульсы. Я считаю, что подобные изменения в равновесии между либидо и агрессией дают начало эмоции, называемой жадностью, которая является первичной и самой главной в оральной природе. Любое увели­чение интенсивности жадности укрепляет ощущение фрустра­ции и, в свою очередь, агрессивные импульсы. У детей, у кото­рых силен врожденный агрессивный компонент, тревога пре­следования, фрустрация и жадность легко пробуждаются, и это вносит свой вклад в трудности, возникающие у ребенка с пере­несением лишений и борьбой с тревожностью.

Таким образом, сила деструктивных импульсов в их взаимо­действии с либидинозными импульсами обеспечивает конститу-

5 Я подчеркивала, что борьба между инстинктом жизни и инстинктом смерти уже является составной частью болезненного переживания рож­дения и увеличивает проистекающую из нее тревогу преследования.

6 Перевод английского термина «instinct» оставлен дословным, тем са­мым подчеркивая янглоязычное происхождение работы Кляйн, хотя здесь и в других случаях Кляйн имеет в виду фрейдовскую теорию влечений (trieb, *нем.).* Подобное замечание можно сделать и во многих других слу­чаях использования «инстинкта» в психоаналитическом контексте. См.: *Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б.* Словарь по психоанализу. М., 1996.

циональный базис для интенсивности жадности. Однако в то вре­мя как в одних случаях тревога преследования может усили­вать жадность, в других (как я подчеркивала в «Психоанализе детей») она может стать причиной наиболее ранних нарушений пищевого поведения.

Периодически повторяющиеся переживания удовлетворения и фрустрации являются мощным стимулом для либидинозных и деструктивных импульсов, для любви и ненависти. В результате получается, что грудь, в виде психического представления, в силу того, что она удовлетворяет, оказывается любимой и ощущается как «хорошая»; поскольку грудь является и источником фруст­рации, она ненавидится и ощущается как «плохая». Этот силь­ный контраст между «хорошей» и «плохой» грудью существует во многом благодаря недостаточной интегрированности Эго и благодаря процессам расщепления внутри Эго и в отношении к объекту. Существуют, однако, основания предполагать, что даже в течение 3—4 первых месяцев жизни ребенка «хорошие» и «плохие» объекты не полностью отделены друг от друга в его психике. Материнская грудь как в Своем хорошем, так и в пло­хом аспекте сливается для ребенка с ее телесным присутстви­ем; и отношение к матери как к личности устанавливается по­степенно, начиная с наиболее ранних стадий.

Вдобавок к переживаниям удовлетворения и фрустрации, обусловленным внешними факторами, двойному отношению к первому объекту способствует множество эндопсихических про­цессов, и главным образом процессы проекции и интроекции. Младенец проецирует свои любовные импульсы и приписывает их удовлетворяющей его («хорошей») груди точно так же, как он приписывает фрустрирующей («плохой») груди проецируе­мые на нее деструктивные импульсы. Одновременно с этим по­средством интроекции «хорошая» грудь и «плохая» грудь фор­мируются внутри психики младенца7.

Таким образом, картина объекта, внешнего и переведенного во внутренний план, в психике ребенка искажена фантазиями, тесно связанными с проецированием его импульсов на объект. «Хорошая» грудь — внешняя и внутренняя — становится прото­типом всех полезных и удовлетворяющих объектов, «плохая» же

Эти первые интроецированные объекты формируют ядро Супер-Эго. На мой взгляд, Супер-Эго начинает создаваться наиболее ранними процес­сами интроекции и постепенно достраивается хорошими и плохими фигурами, интернализированными в любви и ненависти на различных этапах развития и постепенно ассимилированными и интегрированны­ми Эго.

грудь — прототипом всех внешних и внутренних преследующих объектов. Множество факторов, входящих в состав младенчес­кого чувства удовлетворенности, таких, как смягчение чувства голода, удовольствие от сосания, свобода от дискомфорта и на­пряжения, а также чувство ребенка, что он любим, — все это становится атрибутом «хорошей» груди. Наоборот, любая фрус­трация и дискомфорт приписываются «плохой» (преследующей) груди.

Сначала я опишу различные стороны отношения ребенка к «плохой» груди. Если мы рассмотрим картину, существующую в психике младенца — в том виде, в котором мы можем что-либо узнать о ней ретроспективно в анализе детей и взрослых, — мы обнаружим, что ненавидимая грудь приобрела орально-деструк­тивные качества импульсов самого младенца, возникающих в состояниях фрустрации и ненависти. В своих деструктивных фан­тазиях он кусает и разрывает грудь, уничтожает ее, пожирая. При этом у младенца возникает чувство, что грудь будет атако­вать его точно так же. По мере того, как уретрально- и аналь-но-садистические импульсы набирают силу, ребенок в своих представлениях начинает атаковать грудь с помощью ядовитой мочи и взрывчатых фекалий и ожидает, что грудь ответит ему той же ядовитостью и взрывчатостью. Детали его садистичес­ких фантазий определяют содержание его страхов, боязни внут­ренних и внешних преследователей, связанное в первую оче­редь с «плохой» грудью8.

Так как воображаемые нападения на объект коренным об­разом подвержены влиянию жадности и страха жадности объек­та, приписанной объекту благодаря проекции, то это является существенным элементом тревоги преследования: «плохая» грудь станет пожирать младенца столь же жадно, сколь жадно он же­лает пожирать ее.

Однако даже в течение наиболее ранних стадий тревога пре­следования в некоторой степени гасится отношением ребенка к «хорошей» груди. Я уже указывала выше, что, несмотря на то что чувства ребенка сконцентрированы на отношениях с мате­рью, которая кормит его и которая представлена свсЛэй грудью,

Тревога, связанная с нападением интернализированных объектов, преж­де всего частичных объектов, является, на мой взгляд, базисом для ипо­хондрии. Я выдвигала это предположение в своей книге нПсихоанализ детей» и, кроме того, излагала там же свою идею о том, что ранние инфантильные тревоги по своей природе являются психотическими, образуя почву для позднейших психозов.

уже очень рано существуют и другие аспекты отношения к ней: даже очень маленькие дети реагируют на улыбку матери, на ее руки, голос, на то, как она держит ребенка и как заботится о его потребностях. Удовлетворение и любовь, которые младенец испытывает в этих ситуациях, в общем помогают нейтрализа­ции тревоги преследования и даже ослаблению чувств утраты и преследования, берущих начало от переживания рождения. Его физическая близость к матери во время кормления — по суще­ству, его отношение к «хорошей» груди — раз за разом помога­ет ему преодолевать тоску по потерянному прежнему состоя­нию и укрепляет его доверие к хорошим объектам (см. приме­чание № 1).

**II**

Характерным для младенческих эмоций является то, что по природе своей они экстремальны и обладают большой силой. Ребенок чувствует, что фрустрирующий (плохой) объект является ужасным преследователем, хорошую же грудь он скло­нен превращать в «идеальную» грудь, способную к осуществле­нию его жадных желаний и неограниченного, немедленного и вечно длящегося удовлетворения. Таким образом возникают чув­ства, связанные с идеальной и неистощимой грудью, всегда до­ступной и готовой удовлетворить. Другой фактор, содействую­щий идеализации хорошей груди,— это сила страха преследо­вания, вызывающего у младенца потребность защититься от преследователя и, следовательно, приводящего к увеличению мощи все удовлетворяющего объекта. Идеализированная грудь образуется как естественное следствие преследующей груди, и поскольку идеализация преследующей груди обусловлена потреб­ностью в защищенности от преследующих объектов, она явля­ется средством защиты против тревоги.

Пример галлюцинаторного удовлетворения может помочь нам понять те направления, в которых действует процесс идеализа­ции. В этом состоянии фрустрация и тревога, происходящие от различных источников, устраняются, возвращается утраченная внешняя грудь вместе с чувством обладания идеальной грудью внутри себя. Мы можем также предположить, что младенец гал­люцинирует страстно желаемое им пренатальное состояние. Так как галлюцинаторная грудь неистощима, жадность ребенка на какой-то момент удовлетворяется (но рано или поздно чувство голода возвращает его к внешнему миру, и фрустрация, со всеми вытекающими из нее эмоциями, переживается вновь).

В исполняющих желания галлюцинациях в игру вступают мно­гие фундаментальные механизмы и защиты. Одним из них яв­ляется всемогущий контроль над внутренними и внешними объек­тами, благодаря которому Эго считает возможным для себя пол­ное обладание как внешней, так и внутренней грудью. Кроме того, в галлюцинации образ преследующей груди четко обособ­ляется от груди идеализируемой, а переживания фрустрации — от переживаний удовлетворения. Мне кажется, что подобное обо­собление, равнозначное расщеплению объекта и чувств по от­ношению к нему, связано с процессом отрицания. Отрицание в своей наиболее крайней форме — в том виде, в котором мы на­ходим его в галлюцинаторном удовлетворении,— эквивалентно уничтожению любых фрустрирующих объектов или ситуаций и, таким образом, тесно связано с сильным чувством всемогуще­ства, которое существует на ранних этапах жизни. Ситуация фру­страции, объект, служащий ее причиной, плохие чувства, начало которым дает фрустрация (так же как и отделение частей Эго), переживаются как выходящие за рамки существования, как те, которые следует подвергнуть уничтожению и посредством этого достигнуть удовлетворения и ослабления тревоги преследования. Уничтожение преследующего объекта и ситуации преследования тесно связано с контролем над объектом, всемогущим контролем в его крайней форме. Я также допускаю, что в какой-то мере эти процессы действуют и в механизме идеализации.

Представляется также, что раннее Эго, кроме того, исполь­зует механизм уничтожения отщепленного аспекта объекта, рас­щепив объект или ситуацию и находясь при этом в состояниях, отличных от удовлетворяющих желание галлюцинаций. Напри­мер, в галлюцинации преследования путающая сторона объекта и ситуации, по-видимому, доминирует в такой степени, что хо­рошие качества должны быть полностью уничтожены (к сожа­лению, я не имею возможности обсудить это в данной статье}. Кажется, что степень, в которой Эго обосабливает различные стороны объекта, значительно изменяется в различных состоя­ниях, и от этого может зависеть, будет ли отрицаемое качество ощущаться как полностью вышедшее за рамки существования.

Тревога преследования существенно влияет на эти процес­сы. Мы можем предположить, что когда тревога преследования менее сильна, расщепление является менее обширным, а Эго, следовательно, в большей мере способно интегрировать себя и в некоторой степени синтезировать чувства к объекту. Вполне может быть, что какие-либо подобные шаги в интеграции воз­можны лишь в том случае, если в этот момент любовь, направ-

ленная на объект, преобладает над деструктивными импульсами (в конечном счете инстинкт жизни над инстинктом смерти). Тен­денция Эго интегрировать себя может, я думаю, рассматриваться в качестве выражения инстинкта жизни.

Соединение чувства любви и деструктивных импульсов по отношению к одному и тому же самому объекту — груди — слу­жит предпосылкой роста депрессивной тревоги, вины и стрем­ления к репарации поврежденного объекта любви — «хорошей» груди. Это подразумевает, что по отношению к частичному объек­ту — материнской груди — временами переживается амбивалент­ность9. В течение первых нескольких месяцев жизни такие со­стояния интеграции кратковременны. На этой стадии способ­ность Эго к достижению интеграции, естественно, все еще очень ограниченна, чему содействует сила тревоги, преследования и процессов расщепления. Кажется, что по мере развития, пере­живания опыта синтеза и, как следствие этого, депрессивной тревоги сама депрессивная тревога увеличивает свою частоту и продолжительность; все это составляет часть роста и интегра­ции. С прогрессом в интеграции и в синтезе противоположных эмоций по отношению к одному объекту становится возможным смягчение деструктивных импульсов посредством либидо10. Это, однако, приводит и к фактическому ослаблению тревоги, что яв­ляется фундаментальным условием для нормального развития.

Как я уже подчеркивала, существует великое разнообразие в силе, частоте и продолжительности процессов расщепления (не только среди разных людей, но и у одного и того же мла­денца в различные периоды). Характеристикой сложности и ком­плексности ранней эмоциональной жизни является то, что дей­ствует множество процессов — быстро чередуясь или даже од­новременно. Например, скорее всего вместе с расщеплением груди на два аспекта, любимый и ненавидимый (хороший и плохой объекты), существует расщепление совсем другой при­роды, приводящее к чувству, что Эго, так же как и его объекты, разбито на части; эти процессы подчеркивают состояние дезин­теграции. Такие состояния, как я уже говорила, чередуются с другими, в которых мера интеграции и синтеза объекта прояв­ляется в возрастающем порядке.

В моей работе «К исследованию развития маниакально-депрессивных состояний».

10 Эта форма взаимодействия между либидо и агрессией аналогична осо­бому состоянию слияния инстинктов.

Ранние методы расщепления существенно влияют на спосо­бы, которыми на несколько более поздних стадиях осуществля­ется вытеснение, а это, в свою очередь, определяет степень вза­имодействия между сознанием и бессознательным. Иначе гово­ря, степень, в которой различные части психики остаются проницаемыми в отношении друг друга, во многом определяет­ся силой или слабостью ранних шизоидных11 механизмов. Вне­шние факторы играют первостепенную роль с самого начала жизни; вследствие этого мы имеем основания для предположе­ния, что каждый возбудитель страха преследования подкрепля­ет шизоидный механизм, т. е. тенденцию Эго расщеплять себя и объект, тогда как каждое хорошее переживание укрепляет до­верие к хорошим объектам и способствует интеграции Эго и синтезу объекта.

**Ill**

Некоторые умозаключения" Фрейда косвенно указыва­ют на то, что Эго развивается путем интроекции объектов. Что касается наиболее ранней ситуации, то «хорошая» грудь, инт-роецированная в ситуации счастья и удовлетворения, стано­вится, на мой взгляд, жизненно важной частью Эго и укрепля­ет его способность к интеграции. Эта внутренняя «хорошая» грудь образует также полезный и доброкачественный аспект раннего Супер-Эго, укрепляет способность младенца любить и доверять хорошим объектам, усиливает побуждения к интроек­ции хороших объектов и ситуаций и является, следовательно, неотъемлемой составляющей процесса обретения уверенности в борьбе с тревогой; она становится полномочным представи­телем инстинкта жизни внутри психики ребенка. Хороший объект способен, однако, выполнять эти свои функции только в том случае, если он ощущается младенцем как «неповреж-

11 В работе со своими пациентами шизоидного типа я обнаружила, что сила их инфантильных шизоидных механизмов в конечном счете отвечает за сложности в получении доступа к их бессознательному. У таких паци­ентов прогресс в отношении синтеза затруднялся тем фактом, что под давлением тревоги они снова и снова становились не способны к со­хранению связей, которые должны были окрепнуть в ходе анализа между различными частями self. У пациентов депрессивного типа преграды между сознанием и бессознательным менее резко выражены, и, следо­вательно, такие пациенты более успешно преодолели свои шизоидные механизмы в раннем детстве.

денный», т. е. подразумевается, что объект был переведен во внутренний план преимущественно в обстановке любви и удов­летворения. Такие чувства предполагают, что удовлетворение от сосания было относительно не нарушено влияниями внешних или внутренних факторов. Основной источник душевных рас­стройств заключен в чрезмерности агрессивных импульсов, ко­торые увеличивают жадность и понижают способность к пере­несению фрустрации. Другими словами, когда в слиянии двух инстинктов инстинкт жизни берет верх над инстинктом смер­ти и соответственно либидо преобладает над агрессией, «хоро­шая» грудь способна более прочно сформироваться в психике младенца.

Однако орально-садистические желания, которые активны с самого начала жизни и легко приводятся в действие посред­ством фрустрации внутреннего или внешнего происхождения, неизбежно снова и снова рождают чувство того, что грудь раз­рушена в какой-то степени и внутри его, что является результа­том его собственных жадных и пожирающих нападений на нее. Эти два аспекта интроекции существуют бок о бок.

Преобладание фрустрации или удовлетворения в отношении младенца к груди, вне сомнений, во многом определяется вне­шними условиями, но у меня существует небольшое сомнение в том, что конституциональные факторы, влияющие с самого на­чала процесса укрепления Эго, следует принимать в расчет. Я прежде выдвигала предположение, что способность Эго к пере­несению напряжения является конституциональным фактором12. Способность переносить тревогу, по сути своей сильная врож­денная способность, в конечном итоге, как оказывается, зависит от преобладания либидинозных над агрессивными импульсами, т.е. от той роли, которую инстинкт жизни играет с самого нача­ла в слиянии двух инстинктов.

Мое предположение о том, что оральное либидо, выражен­ное в сосательной функции, дает младенцу возможность интро-ецировать грудь (и сосок} в качестве относительно неуничтожи­мого объекта, не противоречит допущению, что деструктивные импульсы наиболее сильны на самых ранних этапах жизни. Фак­торы, оказывающие влияние на слияние и разделение двух ин­стинктов, все еще не ясны, но основания для сомнений в том, что в отношении к первому объекту — груди — Эго временами

Ср. «Психоанализ детей». Разд. 3.

оказывается способно, используя расщепление, обосабливать ли­бидо и агрессию, невелики13.

Сейчас я хотела бы обратиться к той роли, которую играет проекция в превращениях тревоги преследования. В других ра­ботах я описывала11, как орально-садистические импульсы по­жирать и вычерпывать материнскую грудь начинают развиваться в фантазиях пожирания и опустошения материнского тела. Ата­ки, обусловленные другими источниками садизма, вскоре ста­новятся сцеплены с этими оральными атаками, и происходит развитие двух основных направлений садистических фантазий. Первая форма — преимущественно орально-садистическая и тесно связанная с жадностью — заключается в опустошении материн­ского тела, выкачивании из него всего хорошего и желаемого. Другая форма фантазматических нападений — преимуществен­но анальных — заключается в наполнении тела матери плохими субстанциями и частями самости младенца, проецируемыми на нее в результате расщепления. Представлено это главным об­разом экскрементами, которые становятся средством поврежде­ния, уничтожения или контролирования атакуемого объекта. Даже целая самость, ощущаемая как «плохая», входит в материнское тело и начинает его контролировать. В этих различных фанта­зиях Эго овладевает внешними объектами, в первую очередь ма­терью, посредством проекции и делает их продолжением своей самости. Объекты в некоторой мере становятся представителями Эго, и эти процессы, с моей точки зрения, являются базисом для идентификации через проекцию, или «проективной иденти­фикации». Идентификация посредством интроекции и иденти­фикация посредством проекции кажутся взаимно дополняющими друг друга процессами. Процессы, лежащие в основе проектив­ной идентификации, вероятно, действуют уже в наиболее ран­нем отношении к груди. «Вампироподобное» сосание, опустоше-

13 По контексту моего высказывания (как здесь, так и в предыдущих ра­ботах), вероятно, заметно, что я не согласна с концепцией Абрахама о □реамбивалентной стадии на том основании, что эта теория предпола­гает появление деструктивных (орально-садистических) импульсов лишь с момента прорезания зубов. Мы тем не менее должны помнить, что Абрахам также выделил садизм, свойственный «аампироподобному» со­санию. Вне сомнений остается тот факт, что прорезание зубов и физи­ологические процессы, затрагивающие десны, являются сильным сти­мулом для каннибалистических импульсов и фантазий, но агрессия со­ставляет часть наиболее раннего отношения младенца к груди, хотя на этой стадии она не всегда выражается в кусании.

14 Ср. «Психоанализ детей».

ние груди развиваются в фантазиях младенца в прокладывание пути в грудь, а в дальнейшем — в тело матери. Соответственно проективная идентификация могла бы начаться одновременно с жадной орально-садистической интроекцией груди. Это предпо­ложение согласуется с точкой зрения, часто выражаемой дру­гими авторами, относительно того, что интроекция и проекция взаимодействуют с самого начала жизни. Интроекция пресле­дующего объекта, как мы уже видели, в некоторой степени оп­ределена проекцией деструктивных импульсов на этот объект. Влечение проецировать («отбрасывать»), изгнание «плохого» воз­растают вместе со страхом внутренних преследователей. Когда в проекции отражено доминирующее влияние страха преследо­вания, объект, на который была спроецирована «плохая» самость, превращается в преследователя par excellence, который особен­но страшен именно из-за того, что был наделен всеми худшими качествами субъекта. Реинтроекция этого объекта подкрепляет остроту страха, боязни внешних или внутренних преследовате­лей. (Влечение к смерти или, скорее, опасности, с этим связан­ные, снова будет направлено вовнутрь.) Таким образом, суще­ствует устойчивое взаимодействие между страхом преследова­ния, связанным с внешним и внутренним миром, взаимодействие, в котором процессы, включенные в проективную идентифика­цию, играют жизненно важную роль.

Проекция любовных чувств, входящая в состав процесса «прикрепления» либидо к объекту, является, я считаю, предпо­сылкой для нахождения хорошего объекта. Интроекция хороше­го объекта стимулирует проекцию хороших чувств наружу, а это, в свою очередь, стимулирует повторную интроекцию и через нее укрепляет ощущения1 обладания хорошим внутренним объек­том. Проекция хороших частей self или даже целой хорошей са­мости соответствует проекции плохой самости на объект и ок­ружающий мир. Реинтроекция хорошего объекта и хорошей самости ослабляет тревогу преследования. Таким образом, од­новременно улучшается отношение как к внутреннему, так и к внешнему миру, а Эго улучшает свою интегрированность и набирает силу.

Прогресс в интеграции, который, как я подчеркивала в бо­лее ранних разделах, зависит от временного преобладания лю­бовных импульсов над деструктивными, приводит к скоропре­ходящим состояниям, в которых Эго синтезирует чувства любви и агрессивные импульсы по отношению к одному тому же объекту (прежде всего к материнской груди). Этот синтезирую­щий процесс инициирует следующий важный шаг развития

(который с тем же успехом может протекать и одновременно): болезненные эмоции депрессивной тревоги и вины нарастают, агрессия смягчается под действием либидо, вследствие чего ос­лабевает тревога преследования; тревога, связанная с судьбой подвергающихся опасности внутренних и внешних объектов, при­водит к усилению идентификации с ними; Эго, таким образом, пытается произвести репарацию и, кроме того, затормозить и подавить агрессивные импульсы, которые, как чувствуется, мо­гут нанести вред любимому объекту15.

С ростом интегрированности Эго переживания депрессив­ной тревоги возрастают по частоте и продолжительности. Од­новременно, по мере разрастания сферы восприятия, в психике ребенка складывается концепция матери как единого целого и уникальной личности, концепция, которая перерастает пределы отношения к частям ее тела и к различным аспектам ее лично­стных свойств (таких, как ее запах, прикосновение, голос, улыб­ка, звук ее шагов и т.д.). Депрессивная тревога и вина посте­пенно фокусируются на матери как на личности и возрастают в интенсивности; депрессивная позиция выходит на передний план.

IV

До сих пор я описывала некоторые аспекты душевной жизни ребенка в течение первых трех-четырех месяцев. (Следу­ет, однако, помнить, что длительности стадий развития может быть дана только грубая оценка в силу существования больших инди­видуальных вариаций.) В изображении этой стадии в том виде, в каком я ее представила, основные особенности выделяются как характеристики. Параноидно-шизоидная позиция доминирует. Взаимодействие между процессами интроекции и проекции, а также реинтроекции и репроекции определяют развитие Эго. Отношение к любимой и ненавистной, «хорошей» и «плохой» груди является первым объектным отношением ребенка. Деструк­тивные импульсы и тревога преследования достигают крайнего

15 Абрахам считал, что подавление инстинктов впервые возникает на «...стадии нарциссизма с канн ибалистичес кой сексуальной целью» («Краткое изучение развития либидо»). Так как подавление агрессив­ных импульсов и жадности склонно вовлекать в этот процесс и либи-динозные желания, депрессивная тревога становится причиной тех труд­ностей в принятии пищи, которые случаются с ребенком в возрасте не­скольких месяцев и которые увеличивают время отлучения от груди. Что касается наиболее ранних проблем в кормлении, которые возника­ют у некоторых младенцев, то они, на мой взгляд, вызваны тревогой преследования (ср.: «Психоанализ детей»).

предела. Желание неограниченного, беспредельного удовлетворе­ния наряду с тревогой преследования вносят свой вклад в то, что младенец ощущает существование как «идеальной», так и опас­ной, пожирающей груди, каждая из которых обособлена в пси­хике ребенка. Эти два аспекта материнской груди интроециру-ются и формируют ядро Супер-Эго. Расщепление, всемогущество, идеализация, отридание и контроль над внешними и внутренни­ми объектами на этой стадии доминируют. Эти первые методы защиты экстремальны по своей природе, но хорошо гармониру­ют с интенсивностью ранних эмоций и ограниченной способно­стью Эго переносить острую тревогу. Несмотря на то что в неко­торых отношениях эти защиты препятствуют процессу интегра­ции, они крайне валены для целостного развития Эго, так как они раз за разом облегчают тревогу младенца. Эта относительная и временная безопасность достигается преимущественно посред­ством обособления хорошего объекта от преследующего. Присут­ствие в психике хорошего (идеального) объекта дает возможность Эго временами поддерживать сильное чувство любви и удовлет­ворения. Хороший объект также служит защитой от преследую­щего объекта, так как ощущается как способный заменить его (как в примере с удовлетворяющими желание галлюцинациями). Эти процессы подчеркивают, как мне кажется, достойный внимания факт — быстроту, с которой ребенок переживает чередующиеся состояния полного удовлетворения и огромного дистресса. На этой ранней стадии способность Эго справляться с тревогой, предо­ставляя возможность сосуществования противоположным эмоциям по отношению к матери и соответственно двум ее аспектам — «хо­рошему» и «плохому», все еще очень ограниченна. Это означает, что смягчение страха перед «плохим» объектом благодаря дове­рию к «хорошему» и рост депрессивной тревоги имеет место толь­ко в быстротечных переживаниях. Вследствие сменяющих друг друга процессов дезинтеграции и интеграции постепенно разви­вается более интегрированное Эго с возросшей способностью справляться с тревогой преследования. Отношение ребенка к частям тела его матери, сфокусированное на ее груди, постепен­но сменяется отношением к ней как к личности.

Эти процессы, представленные в раннем детстве, могут быть рассмотрены в нескольких основных направлениях:

а) Эго, имеющее некоторые зачатки интеграции и связнос­ти и прогрессирующее в этом направлении. Эго также выпол­няет с самого начала жизни (ее постнатального периода) неко­торые фундаментальные функции, поэтому Эго использует

процессы расщепления и подавление инстинктивных желаний как некие защиты против тревоги преследования, которая пе­реживается Эго с самого рождения.

b) Объектные отношения, которые формируются под влия­нием либидо и агрессии, любви и ненависти, пропитанные, с одной стороны, тревогой преследования, а с другой — ее есте­ственным следствием — вновь обретенной уверенностью во все­могуществе, происходящей от идеализации объекта.

c) Интроекция и проекция, тесно связанные с фантазмати-ческой жизнью ребенка и со всеми его эмоциями и, следова­тельно, интернализированные хорошие и плохие объекты, кото­рые инициируют развитие Супер-Эго.

Вместе с возрастанием способности Эго справляться с тре­вогой происходит соответственное изменение методов защиты. Этому способствует рост чувства реальности и расширение ди­апазона удовлетворений, интересов и объектных отношений. Де­структивные импульсы и тревога преследования ослабевают; деп­рессивная тревога набирает силу, и начинается кульминацион­ный период в ее развитии, который будет описан в следующем разделе.

**МЛАДЕНЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИВНАЯ ПОЗИЦИЯ I**

В течение второй четверти первого го.да жизни стано­вятся заметны определенные изменения в интеллектуальном и эмоциональном развитии ребенка. Становится более дифферен­цированным его отношение к окружающему миру — как к пред­метам, так и к людям. Расширяется сфера удовлетворений и ин­тересов, возрастает способность младенца выражать свои эмо­ции и общаться с людьми. Эти заметные перемены являются свидетельством постепенного развития Эго. Неуклонно разви­ваются сознательность, интеграция, интеллектуальные способ­ности, отношения к окружающему миру и другие функции Эго. В то же время прогрессирует сексуальная организация ребен­ка: усиливаются уретральные, анальные и генитальные тенден­ции, хотя оральные импульсы и желания все еще остаются до­минирующими. Имеется, таким образом, слияние различных ис­точников либидо и агрессии, окрашивающее эмоциональную жизнь ребенка и приводящее в действие различные новые си­туации тревоги; сфера фантазий расширяется, они становятся более сложными и дифференцированными, соответственно на­блюдаются и важные изменения в природе защит.

Все эти события находят свое отражение в отношении ре­бенка к его матери и в некоторой степени к отцу и другим лю­дям. Все более укрепляется отношение к матери как к личнос­ти, которое постепенно развивалось в то время, когда грудь все еще оставалась главным объектом. Когда ребенок становится способен воспринять и интроецировать мать как личность (или, иначе говоря, как «цельный объект»), происходит усиление иден­тификации с ней.

Так как для способности Эго интроецировать мать и отца в качестве «целых объектов» необходима некоторая мера интегра­ции, дальнейшее и основное развитие по линии интеграции и синтеза начинается с выступлением на передний план депрес­сивной позиции. Происходит сближение различных аспектов объектов — любимых и ненавидимых, хороших и плохих, и теперь эти объекты становятся целостными персонажами. Процессы син­теза действуют во всей сфере внешних и внутренних объектных отношений, они охватывают контрастирующие аспекты интерна -лизированных объектов (раннее Супер-Эго), с одной стороны, и внешние объекты — с другой. Эго также стремится ослабить про­тиворечия между внутренним и внешним миром или, скорее, про­тиворечия между внутренними и внешними образами. Вместе с этими синтетическими процессами происходит дальнейшая ин­теграция Эго, что приводит к увеличению сцепленности, согла­сованности между расщепленными частями Эго. Все эти процес­сы интеграции и синтеза становятся причиной того, что конф­ликт между любовью и ненавистью дает о себе знать в полную силу. Проистекающие из этого депрессивная тревога и чувство вины отличаются не только количественно, но и качественно, те­перь амбивалентность переживается преимущественно по отно­шению к целым объектам. Любовь и ненависть сближаются еще больше, и теперь «хорошая» и «плохая» грудь, «хорошая» и «пло­хая» мать уже не могут быть обособлены в той мере, в какой это было на более ранних стадиях. Несмотря на то что сила деструк­тивных импульсов ослабевает, у младенца все еще остается ощу­щение, что они представляют большую опасность для любимого им объекта, теперь воспринимаемого как личность. Жадность и защиты против нее играют значительную роль на этой стадии вследствие того, что тревога, связанная с невосполнимой утратой любимого и необходимого объекта, склонна увеличивать жадность. Жадность, однако, ощущается как неконтролируемая, деструктив­ная и угрожающая внутренним и внешним объектам, к которым ребенок испытывает любовь. Эго, следовательно, все больше по­давляет инстинктивные желания, и это может привести к опре­деленным сложностям в получении ребенком удовольствия от

приема пищи16, а позже и к серьезным задержкам в образовании как отношений привязанности, так и эротических отношений.

Описанные выше этапы интеграции и синтеза приводят к возрастанию способности Эго осознавать усиливающуюся ост­роту психической реальности. Тревога, связанная с переведен­ной во внутренний план матерью, которая в восприятии ребен­ка является ранимой, повреждаемой, подверженной опасности уничтожения или уже уничтоженной и утраченной навсегда, при­водит к усилению идентификации с поврежденным объектом. Идентификация укрепляет как стремление к репарации, так и попытки Эго подавить агрессивные импульсы младенца. Кроме того, Эго снова и снова прибегает к использованию маниакаль­ной защиты. Как мы уже могли видеть ранее, отрицание, идеа­лизация, расщепление и контроль над внешними и внутренни­ми объектами используются Эго для противодействия тревоге преследования. С наступлением депрессивной позиции эти все­могущие методы в некоторой мере сохраняются, но теперь они используются преимущественно для борьбы с агрессивной тре­вогой. Кроме того, они претерпевают определенные изменения в связи с развитием процессов интеграции и синтеза, т.е. ста­новятся менее экстремальными и более соответствуют возрос­шей способности Эго встречаться лицом к лицу с психической реальностью. В результате описанных изменений целей и форм ранних защит они теперь образуют маниакальную защиту.

Столкнувшись со множеством ситуаций тревоги, Эго стре­мится отрицать их, а когда тревога достигает наивысшего пре­дела, Эго даже отрицает факт того, что оно вообще испытывает любовь к объекту. Результатом этого может стать длительное по­давление любви и отворачивание от первичных объектов, в ито­ге приводящее к росту тревоги преследования, т. е. к регрессии до параноидно-шизоидной позиции17.

16 Такие сложности, часто наблюдающиеся у детей, особенно в процессе отлучения от груди (т.е. когда происходит переход от груди к кормле­нию из бутылочки или когда новая еда добавляется к кормлению из бу­тылочки), могут быть рассмотрены в качестве депрессивного симпто­ма, хорошо известного в симптоматологии депрессивных состояний.

17 Эти ранние регрессии могут быть причиной серьезных нарушений в раннем развитии, называемых психическим «дефицитом», что может стать фундаментом для некоторых форм шизофренических заболеваний. Другим возможным последствием неудачи в преодолении младенчес­кой депрессивной позиции может стать маниакально-депрессивное рас­стройство. Как следствие не исключены и тяжелые неврозы. Поэтому я придерживаюсь убеждения о центральном значении депрессивной по­зиции для первого года развития.

Попытки Эго контролировать внешние и внутренние объек­ты — метод, применявшийся в течение параноидно-шизоидной стадии главным образом для борьбы с тревогой преследования, тоже претерпевает изменения. С началом доминирования депрессивной тревоги контроль над объектами и импульсами ис­пользуется Эго в основном для того, чтобы предотвратить фрус­трацию, предупредить агрессию и вытекающую из нее опас­ность для любимого объекта, т. е., вообще говоря, для недопуще­ния депрессивной тревоги.

Существуют также отличия в использовании расщепления объекта и самости. Несмотря на то что более ранние методы расщепления продолжают действовать, Эго теперь разделяет це­лостные объекты на неповрежденные живые и поврежденные, подвергающиеся опасности (возможно, даже умирающие или мертвые) объекты; расщепление, таким образом, в значительной мере становится защитой от депрессивной тревоги.

В то же время имеет место важный этап в развитии Эго, не только позволяющий Эго разворачивать более адекватные за­щиты против тревоги, но и приводящий, кроме того, к факти­ческому уменьшению тревоги. Продолжающееся соприкоснове­ние с психической реальностью, являющееся частью преодоле­ния депрессивной позиции, увеличивает понимание ребенком окружающего мира. Соответственно образ его родителей, преж­де искаженный — от идеализированных до вселяющих ужас фи­гур,— постепенно становится ближе к реальному.

Как мы уже обсуждали в начале раздела, когда младенец интроецирует более успокаивакш;ую его внешнюю реальность, его внутренний мир совершенствуется, а это, в свою очередь, посредством проекции совершенствует его картину окружающего мира. Таким образом, по мере того, как ребенок реинтроециру-ет снова и снова все более реалистичную и успокаивающую кар­тину внешнего мира, а также в некоторой мере формирует внут­ри себя целостные и неповрежденные объекты, происходит по­степенное и весьма важное развитие его Супер-Эго. Однако вместе со сближением хороших и плохих сторон внутренних объектов и смягчением плохих сторон хорошими изменяются от­ношения между Эго и Супер-Эго, т. е., иначе говоря, имеет ме­сто постепенная ассимиляция Супер-Эго со стороны Эго {см. примечание № 2).

На этой стадии в полную силу вступает в игру стремление к репарации поврежденных объектов. Это стремление, как мы уже могли видеть ранее, сложным образом сцеплено с чувством вины. Когда ребенок ощущает, что его деструктивные импульсы

и фантазии направлены против целого объекта, любимого им и воспринимаемого как личность, происходит сильный рост чув­ства вины, а вместе с ним нарастает стремление восстанавли­вать, оберегать и воскрешать поврежденный любимый объект. Эти эмоции, на мой взгляд, равносильны состоянию скорби и защитам, которые от лица Эго пытаются преодолеть состояние скорби.

Поскольку стремление к репарации в конечном счете опре­делено инстинктом жизни, оно заимствует либидинозные жела­ния и фантазии. Эта тенденция становится составной частью всех сублимаций и с этих пор остается важнейшим способом ослабления и недопущения депрессии.

Кажется, не существует сторон душевной жизни младенца, которые на ранних этапах не были бы вовлечены Эго в защиту от тревоги. Не являются исключением и репарационные тен­денции, которые ранее использовались «всемогущим» способом, а теперь становятся важной защитой. Чувства (фантазии) мла­денца можно описать следующим образом: «Моя мать исчезает, она может никогда не вернуться, она страдает, она мертва. Нет, этого не может быть, потому что я оживлю ее».

Всемогущество убывает по мере того, как ребенок обретает большее доверие как к объектам, так и к их способности вос­станавливаться18.

Он чувствует, что все шаги в развитии, все его новые дос­тижения доставляют удовольствие окружающим его людям и что таким образом он выражает свою любовь, уравновешивая или устраняя последствия вреда, причиненного его агрессивными им­пульсами, и восстанавливает любимый им поврежденный объект.

Таким образом, закладывается фундамент для нормального развития: развиваются отношения с людьми, ослабевает трево­га преследования, связанная с внутренними и внешними объек­тами, «хорошие» внутренние объекты формируются более на­дежно, результатом чего становится ощущение большей безо­пасности, и все это в общем укрепляет и обогащает Эго. Ставшее более сильным и целостным Эго, несмотря на то что теперь боль­ше стали использоваться маниакальные защиты, снова и снова сводит вместе и синтезирует расщепленные стороны объекта и самости. Постепенно процессы расщепления и синтеза начина-

18 Как в анализе детей, так и в анализе взрослых можно наблюдать, что вместе с полным переживанием депрессии, вместе с ее преодолением возникает чувство надежды. В раннем развитии это является одним из факторов, помогающих ребенку преодолеть депрессивную позицию.

ют применяться к аспектам, которые значительно менее обо­соблены друг от друга; возрастает восприятие реальности, и объекты предстают в более реалистичном свете. Все это приво­дит к возрастанию уровня адаптации к внешней и внутренней реальности .

Соответственно имеют место и перемены в отношении ре­бенка к фрустрации. Как мы уже видели, на самых ранних ста­диях развития «плохой», преследующий аспект матери (ее гру­ди) утверждается в представлениях ребенка в качестве всего фрустрирующего и злого, как внешнего, так и внутреннего. Когда чувство реальности ребенка в его отношении к объектам и до­верие к ним возрастают, он становится в большей мере спосо­бен различать фрустрацию, которая навязана извне, и фантас­тические внутренние опасности. Соответственно его ненависть и агрессия становятся более тесно связаны с актуальной фрус­трацией или ущербом, причиняемыми внешними факторами. Это шаг по направлению к более реалистичным и объективным ме­тодам в борьбе с собственной агрессией, пробуждающий мень­ше вины и позволяющий ребенку в конечном счете пережить, а также сублимировать свою агрессию более Эго-синтонным путем.

Вдобавок более реалистичное отношение к фрустрации, под­разумевающее ослабление страха преследования, связанного с внутренними и внешними объектами, приводит к увеличению способности ребенка повторно формировать хорошее отношение к матери и другим людям, когда фрустрирующее переживание уже не оказывает своего влияния. Иначе говоря, рост адапта­ции к реальности, тесно связанный с переменами в работе про­екции и интроекции, приводит к более спокойному отношению к внешнему и внутреннему миру. А это ведет к уменьшению уровня агрессии и амбивалентности и в результате позволяет стремлению к репарации сыграть свою роль более полноценно. Такими способами процесс скорби, являющийся следствием деп­рессивной позиции, постепенно перерабатывается.

Когда ребенок достигает критической стадии трех-шести ме­сяцев и сталкивается с конфликтами, виной и печалью, свой­ственными депрессивной позиции, его способность переносить тревогу будет в какой-то степени детерминирована его более ранним развитием, т. е. мерой, в которой он в течение первых

Как мы знаем, расщепление под давлением амбивалентности в некото­рой степени продолжает существовать в течение всей нашей жизни, играя важную роль в нормальной структуре психики.

трех-четырех месяцев был способен принимать и формировать «хорошие» объекты, образующие впоследствии сердцевину ядра Эго. Если этот процесс был успешен, включая отсутствие избы­точной тревоги преследования и процессов расщепления, и дос­тигнута определенная мера интеграции, то тревога преследова­ния и шизоидные механизмы постепенно ослабевают, а Эго становится способно интроецировать целостные объекты и фор­мировать их во внутреннем плане, тем самым преодолевая деп­рессивную позицию. Если, однако, Эго не способно справлять­ся со множеством тяжелых ситуаций тревоги, неизбежно воз­никающих на этой стадии и являющихся недостатком, на который коренным образом повлияли внешние и внутренние фак­торы, то может иметь место сильная регрессия от депрессив­ной к параноидно-шизоидной позиции. Это также может вос­препятствовать интроекции целостных объектов и сильно повли­ять на развитие как в течение первого года, так и в продолжение всего детства.

**И**

Моя гипотеза о младенческой депрессивной позиции основана на фундаментальных психоаналитических концепци­ях, касающихся ранних стадий жизни, т.е. на теориях первич­ной интроекции и преобладания орального либидо и канниба-листических импульсов у маленького ребенка.. Эти открытия Фрейда и Абрахама коренным образом содействовали достиже­нию понимания этиологии душевных расстройств. Развивая эти концепции и применяя их для понимания психики, необходи­мость чего возникает в детском анализе, я- пришла к понима­нию сложности ранних процессов и переживаний и их .влия­ния на эмоциональную жизнь младенца; это, в свою очередь, позволило пролить свет на этиологию душевных расстройств. В частности, я пришла к выводу о существовании чрезвычайно тес­ной связи между инфантильной депрессивной позицией и фе­номеном скорби и меланхолии20.

Продолжая работу Фрейда по исследованию меланхолии, Абрахам обнаружил одно из коренных различий между нормаль­ной скорбью, с одной стороны, и ненормальной скорбью — с дру-

20 Вопросу связи маниакально-депрессивной позиции с маниакально-деп­рессивными состояниями, с одной стороны, и нормальной печалью — с другой, посвящены мои работы: «Факторы, содействующие психоге­незу маниакально-депрессивных состояний» и «Скорбь и ее взаимосвязь с маниакально-депрессивным состоянием».

гой (см. примечание № 3). В случае нормальной скорби лич­ность достигает успеха в формировании потерянной любимой личности внутри своего Эго, в то время как при меланхолии и патологической скорби этот процесс не заканчивается так ус­пешно. Абрахам также описал некоторые из фундаментальных факторов, от которых зависят удача или неуспех данного про­цесса. В случае, если каннибалистические импульсы слишком сильны, интроекция потерянного любимого объекта терпит не­удачу, что приводит в результате к болезни. В состоянии нор­мальной скорби субъект также стремится восстановить утрачен­ную любимую личность внутри своего Эго, и это ему удается. Происходят не только, как подметил Фрейд, пересмотр и реин­вестиция удержаний (катексисов), связанных с потерянным лю­бимым объектом, но и в ходе этого процесса формирование ут­раченного объекта внутри психики субъекта.

В моей работе «Скорбь и ее взаимосвязь с маниакально-деп­рессивными состояниями» я выразила следующее мнение: «Мой опыт приводит меня к выводу, что хотя и правда то, что созда­ние личностью потерянного объекта любви внутри себя являет­ся характерной чертой нормальной скорби, однако в первый раз этого не происходит; но благодаря работе скорби имеет место восстановление этого объекта, как и всех других любимых внут­ренних объектов, которые ощущаются младенцем как утрачен­ные». Всякий раз, когда возникает печаль, нарушается ощуще­ние надежного обладания любимыми внутренними объектами, так как это воскрешает ранние тревоги, связанные с повреж­денными и уничтоженными объектами, с разбитым вдребезги внутренним миром. Чувство вины и тревога преследования — младенческая депрессивная позиция — реактивируются в пол­ную силу. Успешное восстановление внешнего любимого объек­та, о котором скорбел ребенок и интроекция которого усилива­лась благодаря скорби, означает, что любимые внутренние объекты реконструированы и вновь обретены. Следовательно, тестирование реальности, характерное для процесса скорби, яв­ляется не только средством возобновления связей с внешним миром, но и средством воссоздания разрушенного мира. Скорбь, таким образом, включает в себя повторение эмоциональных си­туаций, пережитых ребенком в депрессивной позиции. Находясь под давлением страха потери любимой им матери, ребенок пы­тается решать задачу формирования и интегрирования своего внутреннего мира, постепенного создания хороших объектов внутри себя.

Одним из основных факторов, определяющих исход утраты любимого объекта, а также будет ли потеря (из-за смерти или по другим причинам) объекта любви приводить к маниакально-депрессивным расстройствам или она будет нормально преодо­лена, является, на мой взгляд, мера успешности преодоления деп­рессивной позиции на первом году жизни и успешность обра­зования внутри психики младенца интроецированных любимых объектов.

Депрессивная позиция тесно связана с коренными измене­ниями в либидинозной организации ребенка, так как в течение этого периода — около середины первого года — ребенок дости­гает ранних стадий прямого и инвертированного Эдипова ком­плекса21. В данной работе я ограничиваюсь только отчетом о ран­них стадиях Эдипова комплекса. Эти стадии характеризуются важностью той роли, которую все еще играют в психике ребен­ка частичные объекты, в то время как уже наличествуют отно­шения к целым объектам. Кроме того, все еще преобладает оральное либидо, хотя генитальные желания, возрастающие под воздействием фрустрирующих переживаний в отношении к ма­тери, переносятся с материнской груди на отцовский пенис22.

Генитальные желания младенцев обоих полов объединяются с оральными желаниями, результатом чего становится в равной мере и оральное, и генитальное отношение к пенису отца. Ге­нитальные желания также направлены и на мать. Желания мла­денцем отцовского пениса тесно связаны с ревностью по отно­шению к матери, поскольку ребенок чувствует, что она получа­ет желаемый им объект. Эти разнородные эмоции и желания у обоих полов являются основой как прямого, так и инвертиро­ванного Эдипова комплекса.

Другим аспектом ранних Эдиповых стадий является суще­ственная роль, которую играет «внутренняя сторона» матери и собственная «внутренняя сторона» в психике ребенка. В тече­ние предшествующего периода, когда преобладали деструктив-

21 Я даю более детальный обзор развития Эдипова комплекса в моей ра­боте «Психоанализ детей», особенно в ее 8-м разделе, а также в стать­ях «Ранние стадии Эдипова конфликта» и «Эдипов комплекс в свете ранних тревог».

22 Как пишет Абрахам в «Кратком изучении развития либидо» (1924), «дру­гим моментом, который следует отметить в связи с частями тела, кото­рые были интроецированы, является то, что пенис постоянно прирав­нивается к женской груди и что другие части тела, такие, как пальцы, ноги, волосы, испражнения и ягодицы, могут в определенных условиях символизировать эти два органа вторичным путем».

ные импульсы (параноидно-шизоидная позиция), младенец стра­стно желал проникнуть в материнское тело и вступить во вла­дение его содержимым, что по сути своей является желанием преимущественно оральным и анальным. Это стремление все еще действует на следующем этапе (депрессивная позиция), но с ростом генитальных желаний оно все больше направлено на отцовский пенис (приравниваемый к ребенку и фекалиям), ко­торый, как чувствует ребенок, всегда содержится в материнс­ком теле. Одновременно с этим оральные желания по отноше­нию к отцовскому пенису приводят к его интернализации, и этот переведенный во внутренний план пенис в качестве как «хоро­шего», так и «плохого» объекта начинает играть важную роль во внутреннем объектном мире ребенка.

Ранние этапы развития Эдипова комплекса обладают вели­чайшей сложностью: здесь сводятся в одну точку желания, про­исходящие из различных источников; желания эти направлены как на частичные, так и на целые объекты; желаемый и нена­видимый ребенком отцовский пенис существует для него не толь­ко как часть тела отца, но и одновременно ощущается ребенком как существующий внутри материнского тела.

Дает о себе знать зависть, которая свойственна оральной жадности. Моя аналитическая работа дает мне доказательства того, что зависть (перемежающаяся с чувствами любви и удов­летворения} первоначально направлена на кормящую грудь. С началом развития Эдиповой ситуации к этой первичной завис­ти добавляется ревность. Чувства ребенка в отношении обоих родителей, кажется, протекают следующим образом: в то время, когда ребенок фрустрирован, у него появляются бессознатель­ные фантазии о том, \*гго отец или мать обладают желаемым объектом, которого он, ребенок, лишен,— грудью матери, пени­сом отца — и обладают им постоянно. В силу интенсивности эмо­ций и жадности маленьких детей им свойственно приписывать родителям состояние постоянного обоюдного удовлетворения оральной, анальной и генитальной природы.

Эти сексуальные теории являются основанием для комби­нирования младенцем родительских фигур следующим образом: мать, содержащая в себе пенис отца или всего отца; отец, со­держащий в себе грудь матери или всю мать; родители, нераз­дельно слитые в половом сношении23.

23

Концепция комбинированных родительских фигур более подробно рас­смотрена в работе «Психоанализ детей», в частности в 8-м разделе этой работы.

Кроме того, такие фантазии способствуют изобретению ре­бенком «женщины с пенисом». В дальнейшем, вследствие пере­ведения во внутренний план, ребенок образует подобные ком­бинированные родительские фигуры внутри себя, и это служит доказательством фундаментальной для многих ситуаций тревоги психотической природы.

По мере развития более реалистичного отношения к роди­телям младенец начинает воспринимать их как обособленных персонажей, т. е. примитивно комбинированные родительские фигуры теряют свою силу24.

Эти достижения тесно связаны с депрессивной позицией. У обоих полов страх утраты матери, первичного любимого объек­та, иначе говоря, депрессивная тревога, содействует возникно­вению потребности в заменителях. С этой потребностью ребе­нок прежде всего обращается к отцу, интроецированному уже на этой стадии как «целостный» объект, в надежде получить удов­летворение.

Таким образом, либидо и депрессивная тревога в некоторой степени отклоняются от матери, и этот процесс распределения стимулирует объектные отношения, а также ослабляет интенсив­ность депрессивных чувств. Ранние стадии «прямого» и «ин­вертированного» Эдипова комплекса, следовательно, влекут за собой облегчение тревоги младенца и помогают ему преодолеть депрессивную позицию. В то же время, однако, возникают но­вые конфликты и тревога, поскольку эдипальные желания по отношению к родителям, включающие зависть, соперничество и ревность, чувства, которые на этой стадии все еще мощно под­креплены орально-садистическими импульсами, теперь пережи­ваются по отношению к двум людям, любимым и ненавидимым одновременно. Преодоление этих конфликтов, впервые возника­ющих на ранних стадиях Эдипова комплекса, является частью процесса модификации тревоги, который растянут и охватывает младенчество и первые годы детства.

24 Способность ребенка одновременно радоваться отношению к обоим ро­дителям, которая противоречит его желаниям разделить их, вызывае­мым ревностью и тревогой, является важной особенностью его душев­ной жизни и зависит от того, насколько ощущает ребенок родителей а качестве сепарированных индивидуальностей. Более интегрированное отношение к родителям, основывающееся на этой способности и отли­чающееся от компульсивной потребности обособить родителей друг от друга и этим предотвратить их половые отношения, подразумевает возросшее понимание их отношения друг к другу и является предпо­сылкой появления у младенца надежды на то, что он сможет свести их вместе и удачно объединить.

Подведем итог: депрессивная тревога играет жизненно важ­ную роль в раннем развитии ребенка, и нормой является за­вершение инфантильных неврозов где-то к сроку около середи­ны первого года жизни, что сопровождается модификацией депрессивной тревоги и тревоги преследования. Однако фунда­ментальные шаги в преодолении депрессивной позиции совер­шаются, когда ребенок формирует «целостные» объекты, т. е. в течение второй половины первого года, и вполне обоснованным будет утверждение, что если эти процессы были удачны, то за­ложена одна из важнейших предпосылок нормального развития. В этот период снова и снова активизируются тревога преследо­вания и депрессивная тревога, как, например, в переживании прорезания зубов и отлучения от груди. Это взаимодействие между тревогой и физическими факторами является одним из аспектов комплексного процесса развития (включающего также все эмоции и фантазии ребенка) в течение первого года; в некоторой мере это затрагивает и всю жизнь человека.

На всем протяжении этого раздела я подчеркивала, что пре­поны в объектных отношениях и эмоциональном развитии име­ют ступенчатую природу. Факт постепенного развития депрес­сивной позиции объясняет, почему эффект, который она оказы­вает на младенца, не возникает внезапно25.

Мы также не должны забывать о том, что одновременно с переживанием депрессивных чувств происходит развитие мето­дов противодействия им. Это, на мой взгляд, является одним из коренных различий между ребенком, переживающим тревогу пси­хотической природы, и психотиком-взрослым. В то время, когда ребенок переживает эту тревогу,- уже работают процессы, кото­рые должны привести к;ее модификации (см. примечание № 4).

**ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ И МОДИФИКАЦИЯ ТРЕВОГИ I**

Инфантильный невроз может быть определен как ком­бинация процессов, приводящих к ограничению, преодолению и модификации тревог психотической природы, фундаментальные шаги в модификации тревоги преследования и депрессивной

25 *т*

1ем не менее признаки повторяющихся депрессивных чувств при бли­жайшем рассмотрении могут быть обнаружены у нормального младен­ца. Тяжелые симптомы депрессии достаточно четко наблюдаются у ма­леньких детей в определенных ситуациях, таких, как болезни, внезап­ное отлучение от матери или няньки или смена пищи.

тревоги являются частью развития, происходящего в течение первого года.

Все аспекты развития, содействующие процессу модифика­ции тревоги и, следовательно, ее перемене, могут быть поняты только в их взаимодействии со всеми факторами развития. На­пример, обретение физических навыков, игровая деятельность, общее интеллектуальное развитие и развитие речи, приучение к чистоте, рост сублимаций, расширение спектра объектных от­ношений, прогресс в либидинозной организации ребенка — все эти достижения неотделимо переплетены с различными аспек­тами младенческого невроза, а в конечном итоге и с модифика­цией тревог и защит, используемых против них. В данной рабо­те я могу только выделить некоторые из этих факторов и пока­зать, как они содействуют модификации тревоги.

Первыми преследующими объектами, внешними и внутрен­ними, как мы уже видели, являются «плохая» грудь матери и «плохой» пенис отца, а также страхи преследования, относящи­еся к взаимодействию внутренних и знешних объектов. Эти тре­воги, первоначально сфокусированные на родителях, находят выражение в ранних фобиях и оказывают сильное влияние на отношение ребенка к родителям. Как тревога преследования, так и депрессивная тревога коренным образом содействуют возник­новению конфликта, вытекающего из Эдиповой ситуации26, а так­же оказывают влияние на либидинозное развитие.

Генитальные желания, направленные на обоих родителей, инициирующие ранние стадии Эдипова комплекса (где-то в се­редине первого года жизни), первоначально переплетены с оральными, анальными и уретральными желаниями и фантази­ями как либидинозной, так и агрессивной природы. Тревоги пси­хотической природы, начало которым дают деструктивные им­пульсы из разных источников, стремятся, в свою очередь, укре­пить эти импульсы, и если они чрезмерны, то это содействует сильной фиксации на прегенитальных стадиях.

Либидинозное развитие, таким образом, на каждом шагу под­вержено влиянию тревоги, так как тревога приводит к фикса­ции на прегенитальных стадиях, снова и снова вызывает рег­рессию к ним. С другой стороны, тревога и вина, а также последствия репарационных тенденций добавляют силы либи-динозным желаниям и стимулируют дальнейшее либидинозное

26 Взаимодействие между тревогами преследования и депрессией, с од­ной стороны, и страхом кастрации — с другой, более детально рассмот­рено в моей работе «Эдипов комплекс в свете ранних тревог».

развитие; благодаря предоставляемому ими опыту либидинозно-го удовлетворения смягчается тревога и удовлетворяется потреб­ность в репарации. Тревога и вина, следовательно, иногда сдер­живают, а временами и усиливают либидинозное развитие. Эти колебания различны не только у разных людей, но и у одного и того же ребенка они могут варьировать в зависимости от слож­ного взаимодействия внешних и внутренних факторов, оказыва­ющих влияние в данный момент.

Во время существования неустойчивых позиций прямого и инвертированного Эдипова комплекса переживаются все ран­ние тревоги. На этих позициях постоянно возбуждаются благо­даря ревности, ненависти и соперничеству как тревога пресле­дования, так и депрессивная тревога. Тревога, сфокусирован­ная на родителях как на внутренних объектах, однако, постепенно преодолевается и ослабевает под действием безопасности, ощущаемой младенцем в отношении к внешним родительским фигурам.

Генитальные тенденции постепенно усиливают свое влияние на взаимодействие прогрессирования и регрессирования, кото­рое в значительной мере подвержено влиянию тревоги. В ре­зультате возрастает способность к репарации, расширяется ее диапазон, а сублимация набирает силу и становится стабиль­нее; на генитальном уровне все это тесно связано с самой кре­ативной потребностью человека. Генитальные сублимации в жен­ской позиции сцеплены, связаны с плодородием, способностью давать жизнь и таким образом воссоздавать утраченные или по­врежденные объекты. В мужской позиции элемент жизнесози-дания подкрепляется фантазиями "об оплодотворении и, следо­вательно, оживлении или восстановлении поврежденной или уничтоженной матери. Гениталии, таким образом, предстают не только как органы созидания, но и как средство починки и вос­создания.

Преобладание генитальных устремлений подразумевает боль­шой прогресс в Эго-интеграции, так как эти устремления при­нимают либидинозные и репарационные желания прегениталь-ной природы, и, таким образом, происходит синтез прегениталь­ных и генитальных репарационных тенденций. Например, способность получать «хорошее», в первую очередь желаемую пищу и любовь от матери и потребность кормить ее в ответ, таким образом восстанавливая ее, является важным условием успешного генитального развития и базисом для оральных сублимаций.

Растущая сила генитального либидо, включающая прогресс способности к репарации, развивается бок о бок с постепен­ным ослаблением тревоги и вины, вызванных деструктивными стремлениями, несмотря на то что в Эдиповой ситуации гени-тальные желания являются причиной конфликта и вины. Из этого следует, что первенство генитальных тенденций подразумевает ослабление оральных, уретральных и анальных направлений и тревог. В процессе преодоления Эдипова конфликта и достиже­ния примата генитальной зоны ребенок обретает способность надежно образовывать хорошие объекты в своем внутреннем мире и развивать стабильное отношение к своим родителям. Все это означает, что он постепенно преодолевает и модифицирует тревогу преследования и депрессивную тревогу.

Есть основания предполагать, что, как только младенец на­правляет свой интерес на какие-либо объекты помимо груди ма­тери — на другие части ее тела, окружающие его объекты, час­ти своего собственного тела и т.д.,— начинается процесс, кото­рый существенно важен для роста сублимаций и объектных отношений. Любовь, желания (как агрессивные, так и либиди-нозные), тревога переносятся с первого и единственного объек­та — с матери — на другие объекты. Развиваются новые инте­ресы, которые замещают собой отношение к первичному объек­ту, Этот первичный объект, однако, существует не только во внешней, но и в интернализированной форме, и это отклонение от прямого направления эмоций и чувств, которые становятся связаны с внешним миром, тесно связано с проекцией. Во всех этих процессах огромное значение имеют функция формирова­ния символов и фантазматическая активность27.

Когда возникает депрессивная тревога, и в частности с на­ступлением депрессивной позиции, Эго испытывает влечение к проекции, отклонению от прямого направления и распределе­нию желаний и эмоций, так же как и вины и репарационных стремлений в пользу новых объектов и интересов. Эти процес­сы, на мой взгляд, являются движущей силой сублимаций в те­чение всей жизни. Предпосылкой успешного развития сублима­ций (так же как и объектных отношений и либидинозной орга­низации) является то, что любовь к первому объекту может быть

27 Я вынуждена воздержаться здесь от детального описания путей, кото­рыми символообразование с самого начала сложным образом тесно свя­зано с фантазматической жизнью ребенка и с модификацией тревоги. Я отсылаю читателя к моим более ранним работам: «Анализ младенцев» (1926) и «Значение формирования символов для развития Эго» (1930).

82

сохранена, в то время как желания и тревоги должны быть рас­пределены и должна быть изменена их направленность. Если в отношении к первому объекту преобладают обиды и ненависть, опасности могут подвергнуться сублимации и отношение к объек­ту-заместителю .

Другое нарушение способности к репарации и, следовательно, сублимации может произойти, если по причине неудачи в пре­одолении депрессивной позиции подавлена надежда произвес­ти репарацию, или, иначе говоря, если младенец впал в отчая­ние и уже не надеется восстановить любимые объекты.

**II**

Как уже говорилось выше, все аспекты развития тес­но связаны с младенческим неврозом. Характерной особеннос­тью младенческого невроза являются ранние фобии, которые су­ществуют в течение первого года жизни и, изменяя форму и содержание, рецидивно возникают на всем протяжении перио­да детства. В содержание ранних фрбий входят как тревога пре­следования, так и депрессивная тревога. Фобии включают в себя сложности в кормлении, pavor noctumus, тревоги, связанные с отсутствием матери, страх перед незнакомцами, нарушения в отношении к родителям и в объектных отношениях вообще. По­требность переносить вовне преследующий объект является неотъемлемым элементом механизма фобии28. Эта потребность обусловлена как тревогой преследования (связанной с Эго), так и депрессивной тревогой, центрированной на опасностях, кото­рые угрожают хорошим объектам .со стороны внутренних пре­следователей. Страхи перед внутренним преследованием также находят свое выражение в ипохондрических тревогах. Кроме того, они вносят свой вклад в различные телесные заболевания, на­пример частые простудные заболевания у маленьких детей29.

См. «Психоанализ детей».

Мои опыт говорит о том, что тревоги, лежащие в основании ипохонд­рии, являются также источником симптомов истерической конверсии. Существенным фактором и того, и другого является страх, связанный с преследователем, находящимся внутри тела (нападение переведен­ных во внутренний план плохих объектов или ущерб, нанесенный внут­ренним объектам садизмом субъекта, например, посредством его опас­ных экскрементов), и то, и другое ощущается как несущее физичес­кую угрозу Эго. Прояснение сути, процессов, лежащих в основании трансформации этих тревог преследования в телесные симптомы, мог­ло бы пролить свет на проблемы истерии.

Оральные, уретральные и анальные тревоги (которые явля­ются составной частью как приобретения, так и торможения на­выков чистоты) являются базовыми характерными чертами в симптоматологии младенческого невроза. Характерной особенно­стью инфантильного невроза также является то, что в течение первых лет жизни имеют место рецидивы разного рода. Как мы уже видели, если тревога преследования или тревога депрессив­ной природы усиливается, то происходит регрессия к более ран­ней стадии и соответствующей ей ситуации тревоги. Подобные регрессии обнаруживают себя, например, в разрушении уже ус­тоявшихся привычек к чистоте, или, допустим, явно уже преодо­ленная фобия повторно возникает в слегка измененной форме.

В течение второго года на передний план выходят обсес-сивные устремления; они как выражают, так и ограничивают оральные, уретральные и анальные тревоги. Обсессивные чер­ты в этот период обнаруживаются в ритуалах отхода ко сну, ритуалах, связанных с навыками чистоты, с приемом пищи и т.д., а также в общей потребности в повторении (например, желание раз за разом слушать одни и те же истории, причем рассказываемые теми же словами, или снова и снова играть в одни и те же игры). Эти феномены, хотя и являются частью нормального развития ребенка, могут быть описаны и как не­вротические симптомы. Уменьшение или преодоление этих сим­птомов равносильно модификации оральной, уретральной и аналь­ной тревог, что, в свою очередь, подразумевает модификацию тревоги преследования и депрессивной тревоги.

Способность Эго шаг за шагом разворачивать защиты, по­зволяющие ему в некоторой мере преодолеть тревоги, является существенно важной частью процесса модификации тревог. На самой ранней стадии (шизоидно-параноидной позиции) тревоге противопоставлялись такие экстремальные и мощные защиты, как расщепление, всемогущество и отрицание30.

На следующей стадии (депрессивной позиции) защиты пре­терпевают, как мы уже видели, значительные изменения, кото­рые характеризуются возросшей способностью Эго переносить тревогу. Так как на втором году продолжается дальнейший про-

30 Если эти защиты продолжают существовать, слишком далеко выходя за пределы тех ранних стадий, для которых они предназначены, то от этого может так или иначе пострадать развитие: это препятствует процессу интеграции, стесняет либидинозные желания и фантазмэтическую жизнь, а соответственно и репарационные тенденции, сублимации, объектные от­ношения и связь с реальностью могут быть ослаблены или повреждены.

гресс в Эго-развитии, младенец использует свою возрастающую адаптацию ко внешней реальности и свой растущий контроль над телесными функциями в тестировании внутренних опасно­стей посредством внешней реальности.

Все эти изменения являются отличительными признаками обсессивных механизмов, которые также могут быть рассмотре­ны в качестве очень важных защит. Например, благодаря при­обретению привычек чистоплотности раз за разом происходит временное ослабление тревоги младенца, связанной с его опас­ными фекалиями (т. е. с их деструктивностью), внутренними «пло­хими» объектами и внутренним хаосом. Возможность контроли­ровать сфинктер убеждает ребенка в том, что он способен кон­тролировать и свои внутренние объекты и опасности. Сами экскременты, кроме того, служат доказательством против фантастических страхов перед их деструктивными качествами. Теперь они могут быть извергнуты по требованию матери или няньки, которые, показывая свое одобрение ситуации, в кото­рой происходит испражнение, также, по мнению ребенка, одоб­ряют и саму природу испражнений, тем самым превращая их в «хорошие»31.

Результатом этого является возникающее у младенца ощу­щение, что возможно устранение того ущерба, который в его агрессивных фантазиях был нанесен экскрементами его внут­ренним и внешним объектам. Таким образом, усвоение навыков чистоплотности ослабляет чувство вины и приносит удовлетво­рение стремлению к репарации33.

Признание того, что у ребенка существует потребность в овладении на­выками чистоты, тесно связанная с тревогой в виной, как и с защита­ми против вины и тревоги, приводит к следующим выводам. Приуче­ние к чистоте, если оно применяется без давления и в период, когда побуждения к овладению этими навыками становятся очевидны (что слу­чается обычно в течение второго года), является полезным для разви­тия ребенка. Попытки привития этих навыков на более ранних стади­ях, особенно с применением давления, могут нанести вред. Более того, на любой стадии ребенку следует только предлагать, но не принуждать принять эти правила. К сожалению, это очень неполное упоминание не способно осветить в полной мере затронутую им важную проблему воспитания.

Точка зрения Фрейда на формирование реакции и «уничтожение сде­ланного» в процессе обсессивного невроза лежит в основании моей кон­цепции репарации, которая вдобавок к этому включает различные про­цессы, благодаря которым Эго ощущает устраненным вред, нанесенный в фантазиях, а также оберегает, восстанавливает и воскрешает объект.

Обсессивные механизмы образуют важную часть Эго-раз-вития. Они дают Эго возможность временно сдерживать трево­гу. Это, в свою очередь, помогает Эго достигнуть более высоко­го уровня интеграции и окрепнуть. Следовательно, постепенно становятся возможными преодоление, ослабление и модифика­ция тревоги. Однако обсессивные механизмы являются только одной из защит, действующих на этом этапе. Если они чрезмер­ны и постепенно становятся основной защитной стратегией, это может быть воспринято как доказательство неспособности Эго эффективно справиться с тревогой психотической природы и служит доказательством того, что у ребенка развивается серьезный обсессивный невроз.

Другие фундаментальные перемены в защитах характеризу­ют тот период, когда набирает силу генитальное либидо. Как мы видели, когда это случается, Эго уже более интегрировано, адаптация к реальности более совершенна, функция сознания расширена, Супер-Эго тоже уже более интегрировано; проис­ходит более полный синтез бессознательных процессов, т. е. про­цессов, происходящих внутри бессознательной части Эго и Су­пер-Эго; становятся более отчетливыми разграничения между сознательной и бессознательной частями психики. Эти шаги в развитии делают возможным доминирующее положение вытес­нения среди других защит33.

Существенным фактором вытеснения является запрещающий и штрафующий аспект Супер-Эго, аспект, усиливающийся в ре­зультате прогресса в организации Супер-Эго. Требования не до­пускать в сознание некоторые импульсы и фантазии как агрес­сивной, так и либидинозной природы, выдвигаемые Супер-Эго, легче воспринимаются Эго из-за того, что его развитие проис­ходило параллельно с интеграцией и ассимиляцией Супер-Эго. В предыдущем разделе я описывала, как в течение первых месяцев жизни Эго подавляет инстинктивные желания, перво­начально под давлением тревоги преследования, а немного по­зднее — под давлением депрессивной тревоги. Дальнейшее раз­витие торможения инстинктов происходит тогда, когда Эго ста­новится способным использовать вытеснение.

33 «...На будущее мы должны иметь в виду возможность того, что вытес­нение является процессом, который имеет особое отношение к гени-тальной организации либидо и что Эго прибегает к использованию дру­гих методов защиты, когда оно вынуждено обезопасить себя от либидо на других уровнях организации». *Фрейд 3.* Торможения, симптомы и тревога (1926).

Ранее мы рассматривали, как Эго использует расщепление в течение параноидно-шизоидной стадии.

Механизм расщепления лежит в основании вытеснения (что и подразумевается во фрейдовской концепции), но в противо­положность ранним формам расщепления, которые приводят к состоянию дезинтеграции, вытеснение обычно не приводит к дез­интеграции самости. Ввиду того что на этой стадии существует более высокоуровневая интеграция как в сознательной, так и в бессознательной части психики и так как в вытеснении рас­щепления преимущественно осуществляется разделение созна­тельного и бессознательного, ни одна из частей самости не испытывает той меры дезинтеграции, которая могла бы возник­нуть на более ранних этапах. Однако степень, в которой про­цессы расщепления использовались в первые несколько меся­цев жизни младенца, существенно влияет на использование вы­теснения на более поздних стадиях. В случае, если ранние шизоидные механизмы и тревоги не были успешно преодолены, вместо проницаемой и текучей границы между сознанием и бес­сознательным получается ригидный барьер, что говорит о чрез­мерности вытеснения и соответственно о нарушении развития. При умеренном вытеснении, напротив, более вероятно, что со­знание и бессознательное будут «проницаемы» друг для друга, а следовательно, импульсы и их последствия будут в какой-то мере допущены к выходу из бессознательного и, возникая раз за разом, будут подвергнуты Эго процедуре отбора и сортиров­ки. Выбор импульсов, фантазий и мыслей, которые должны под­вергнуться вытеснению, зависит от возрастающей способности Эго воспринимать стандарты внешних объектов. Эта способность сцеплена с увеличением ос инте за внутри Супер-Эго и ростом ас­симиляции Эго и Супер-Эго.

Перемены в структуре Супер-Эго, происходящие постепен­но и во всех отношениях связанные с развитием Эдипова комп­лекса, вносят свой вклад в то, что Эдипов комплекс постепенно угасает, давая начало латентному периоду. Другими словами, прогресс в либидинозной организации и различные механизмы регулирования, делающие Эго более совершенным, тесно свя­заны с модификацией тревоги преследования и депрессивной тревоги, которые вызываются переведенными во внутренний план родительскими образами; модификация тревоги подразу­мевает увеличение надежности и безопасности внутреннего мира.

Перемены, характеризующие начало латентного периода, рассматриваемые в свете модификации тревоги, могут быть обобщены следующим образом: отношение к родителям более

надежное и безопасное; интроецированные родители более точ­но соответствуют образу реальных родителей; их стандарты, замечания и штрафные санкции восприняты и интернализиро-ваны, следовательно, вытеснение Эдиповых желаний более эффективно. Все это представляется кульминационным пунктом в развитии Супер-Эго, который является результатом процес­сов, происходящих в течение первого года жизни.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В данной работе я детально обсудила первые шаги в преодолении депрессивной позиции, которые служат отличитель­ным признаком второй половины первого года жизни ребенка. Мы видели, что на самой ранней стадии, когда доминирует тре­вога преследования, объекты младенца имеют примитивную и преследующую природу: они пожирают, разрывают, отравляют, затопляют, т. е. являются результатом проекции разнообразных оральных, анальных, уретральных желаний и фантазий ребенка как на внешние, так и на внутренние объекты. Картина этих объектов изменяется шаг за .шагом по мере развития процессов модификации тревоги и усовершенствования либидинозной орга­низации, происходящих в психике ребенка.

Его отношение как ко внутреннему, так и к внешнему миру совершенствуется одновременно; взаимная зависимость между этими отношениями подразумевает изменения в процессах инт-роекции и проекции, которые являются существенными факто­рами ослабления тревоги преследования и депрессивной трево­ги. Все это приводит к возрастанию способности Эго ассимили­ровать Супер-Эго и, таким образом, к росту силы Эго.

С достижением стабилизации некоторые фундаментальные факторы подвергаются переменам. Я не затронула этого момента в развитии Эго, которое, как я пыталась показать, на каждом своем шагу тесно связано с эмоциональным развитием и моди­фикацией тревоги — переменами, происходящими в бессознатель­ном, и теперь хочу подчеркнуть этот момент. Эти перемены, я думаю, станут более понятны, если мы свяжем их с происхож­дением тревоги. В этом вопросе я отсылаю читателей к моему утверждению о том, что деструктивные импульсы (инстинкт смер­ти) являются первичным фактором, обусловливающим тревогу.

Жадность возрастает по мере роста недовольства и ненави­сти, т. е. проявлений деструктивного влечения; но эти проявле­ния, в свою очередь, подкрепляются тревогой преследования. Когда в ходе развития тревога ослабевает и более надежно

держится в рамках, то же самое происходит с обидой и с нена­вистью, а это в конечном счете приводит к уменьшению амби­валентности. Если выразить это в терминах влечений, получит­ся следующее: когда младенческий невроз проходит свое раз­витие, т. е. когда тревога преследования и депрессивная тревога уже уменьшены и подвергнуты модификации, изменяется рав­новесие в слиянии двух влечений (влечения к жизни и влече­ния в смерти) и, следовательно, в слиянии либидо и агрессии. Это подразумевает важные перемены в бессознательных про­цессах, т. е. в структуре Супер-Эго и в сфере бессознательной (как и сознательной) части Эго.

Как мы уже видели, колебания между либидинозными пози­циями и между прогрессом и регрессией, которые так харак­терны для первого года, нераздельно связаны с чередованиями тревоги преследования и депрессивной тревоги, возникающими в раннем детстве. Эти тревоги, следовательно, являются не толь­ко существенным фактором в процессах фиксации и регрессии, но и, кроме того, влияют на ход психического развития.

Предпосылкой нормального развития является то, что во вза­имодействии между регрессией и движением вперед уже дос­тигаются и удерживаются фундаментальные аспекты развития. Иначе говоря, процесс интеграции и синтеза в начале развития не является основным и постоянно нарушается; если тревога постепенно модифицируется, прогресс непрестанно будет преобладать над регрессией и в ходе развития и преодоления младенческого невроза будет заложен базис психической стабильности.

**ПРИМЕЧАНИЯ К РАЗДЕЛУ**

**№1**

Маргарет А. Риббли описывает наблюдения, произве­денные ею над 500 младенцами («Младенческий опыт в отно­шении развития личности», 1944), и некоторые из выражаемых ею точек зрения дополняют мои выводы, являющиеся результа­том анализа маленьких детей.

Так, в отношении матери она особо подчеркивает потребность младенца быть окруженным материнским уходом с самого нача­ла жизни, эта потребность не ограничивается одним лишь удов­летворением от сосания. Например, она пишет: «Многие из ка­честв и свойств личности ребенка зависят от его эмоциональной привязанности к матери. Эта привязанность (или, используя

психоаналитический термин, можно назвать это «катексис» — удержание) к матери постепенно вырастает из удовлетворения, получаемого от нее. Мы изучили природу этого развивающего­ся отношения, которое так неуловимо, но тем не менее так су­щественно в своих деталях. Первоначально в его формирование вносят вклад три типа сенсорного опыта и переживаний, а имен­но тактильный, кинестетический (т. е. чувство положения тела) и опыт звуковой чувствительности. Развитие этих сенсорных спо­собностей было отмечено почти всеми, кто наблюдал за поведе­нием детей... но не было подчеркнуто их особое значение для личных отношений между матерью и ребенком».

Важность «личных» отношений для физического развития ребенка подчеркивается ею в разных местах книги; например, она говорит: «...наиболее тривиальные нарушения норм в ухо­де за ребенком, такие, как слишком малый уход, или смены нянек, или перемены в общем режиме, часто приводят к таким расстройствам, как бледность, нерегулярное дыхание, расстрой­ства пищеварения. У младенцев, конституционально чувстви­тельных или имеющих нездрровую организацию, эти расстрой­ства, если они слишком часты, могут надолго изменить ход раз­вития (органического и психического) и нередко угрожают и самой жизни».

В другом месте автор обобщает эти расстройства следую­щим образом: «Младенец ввиду несовершенства его мозга и не­рвной системы постоянно ^подвергается опасности функциональ­ной дезорганизации. Внешняя опасность заключается во внезап­ной сепарации от матери, которая то ли интуитивно, то ли сознательно должна поддержать это функциональное равнове­сие. Запущенность или недостаток любви могут быть в равной мере губительны. Внутренне опасность проявляется в повыше­нии напряжения, вызываемого биологическими потребностями и неспособностью организма удержать свою внутреннюю энер­гию или метаболическое равновесие и рефлекторную возбуди­мость. Может обостриться кислородное голодание, так как ды­хательная система маленького ребенка еще недостаточно раз­вита для того, чтобы адекватно работать в ситуации возрастающих внутренних требований, обусловленных быстрым развитием моз­говых тканей».

Эти функциональные расстройства, которые, согласно М. Риббли, могут доходить до уровня, угрожающего жизни, мо­гут быть проинтерпретированы как проявление инстинкта смер­ти, который, согласно Фрейду, прежде всего направлен против

самого организма («По ту сторону принципа удовольствия»). Я утверждаю, что эти опасности, возбуждаемые страхом уничто­жения, смерти, являются первичной причиной тревоги. Тот факт, что биологические, физиологические и психологические факто­ры связаны с самого начала жизни, иллюстрируется наблюде­ниями М. Риббли. Я в продолжение этого делаю вывод, что пос­ледовательность матери, ее константное присутствие, которые укрепляют либидинозное отношение ребенка к ней (и которое для детей «...конституционально чувствительных или имеющих нездоровую организацию...» существенным образом важно даже для того, чтобы выжить), служат опорой для инстинкта жизни в его борьбе с инстинктом смерти. В настоящем разделе и ранее я обсудила этот момент более полно.

Другой проблемный вопрос, в котором выводы Риббли и мои совпадают, касается перемен, происходящих, по ее описанию, приблизительно на третьем месяце жизни ребенка. Эти пере­мены могут быть рассмотрены в качестве физиологического до­полнения тех изменений в эмоциональной жизни, которые я опи­сываю как начало депрессивной позиции. Она говорит: «В это время взаимосогласованные деятельности — дыхание, пищеваре­ние и циркулирование крови — начинают демонстрировать зна­чительную стабильность, тем самым показывая, что автономная нервная система приняла на себя эти специфические функции. Из анатомии мы знаем, что зародышевые системы циркуляции обычно к этому времени сходят на нет... Где-то в это время ти­пично взрослые паттерны мозговых волн начинают возникать в электроэнцефалограмме... и они,, вероятно, индуцируют более зрелую форму мозговой активности. Поток эмоциональных ре­акций, не всегда хорошо дифференцированных, но ясно выра­жающих позитивное или негативное отношение, охватывает всю моторную систему... глаза хорошо фокусируются и способны по­всюду следить за матерью... слуховые анализаторы функциони­руют нормально и позволяют различать производимые матерью звуки. Ее звук или вид вызывают позитивный эмоциональный ответ, что раньше достигалось только в улыбке и даже всплес­ках неподдельной радости». Эти перемены, я думаю, тесно свя­заны с сокращением процесса расщепления и с прогрессом в Эго-интеграции и объектных отношениях, особенно в появле­нии у ребенка способности воспринимать и интегрировать мать в качестве целостной личности,— и все они описаны мною как происходящие во второй четверти первого года жизни в связи с началом депрессивной позиции.

**№2**

Если эти фундаментальные механизмы в отношениях между Эго и Супер-Эго не имели в достаточной мере места в раннем развитии, то одна из существенных задач психоанали­за— дать пациенту возможность сделать это ретроспективно. Это возможно только посредством анализа наиболее ранних стадий развития (наряду с более поздними) и досконального анализа негативного переноса наряду с позитивным. В переменчивой си­туации переноса внешние и внутренние фигуры — «хорошие» и «плохие»,— которые главным образом формируют развитие Су­пер-Эго и объектных отношений, будут переноситься,на анали­тика. Следовательно, временами он должен служить'символом пугающей фигуры или фигур, и только таким образом младен­ческая тревога преследования может быть в полной мере пре­одолена и ослаблена. Если ацалитик склонен подкреплять пози­тивный перенос, он избегает того,ц чтобы играть в психике\* пациента роль «плохой» фигуры, и интроецируется преимуще­ственно как «хороший» объект. Кроме того, в некоторых случа­ях вера в «хорошие» объекты может быть укреплена в доста­точной мере, но при этом очень далека от стабильности, так как пациент не был способен пережить ненависть, тревогу и подо­зрения, которые на ранних стадиях жизни были связаны с опас­ными фигурами его родителей. И только в процессе анализа как негативного, так и позитивного переноса, в результате ко­торого аналитик выступает попеременно то в роли хорошего, то в роли плохого объекта, любимой или ненавидимой фигуры, то вызывая восторг пациента, то рождая в нем страх, пациенту уда­ется проработать, а следовательно, и модифицировать ранние стадии тревог; уменьшается расщепление между «плохими» и «хорошими» фигурами, они становятся более синтезированны­ми, т. е. агрессия смягчается благодаря либидо. Иначе говоря, тревога преследования и депрессивная тревога, можно сказать, ослабляются в самом своем основании.

**№3**

Абрахам относит фиксацию либидо на оральном уров­не к одному из наиболее существенных факторов в этиологии меланхолии. В отдельном случае он описывает эту фиксацию следующим образом: «В его депрессивных состояниях он пре­возмогал их благодаря страстному стремлению к материнской

груди, стремлению, которое было неописумо мощным и отлич­ным от всего остального. Если либидо все еще остается фик­сированным на этой точке с повзрослением индивида, то мож­но считать заложенной одну из основных предпосылок разви­тия меланхолической депрессии» («Избранные труды»).

Абрахам привел достаточные основания в доказательство сво­их выводов, проливающих больше света на связь между мелан­холией и нормальной скорбью, приводя выдержки из двух ис­торий болезни. Это были действительно первые два случая ма­ниакально-депрессивного заболевания, подвергнутые полному, законченному анализу,— новая ступень в развитии психоанали­за. До этих пор не так много публиковалось клинических мате­риалов в поддержку фрейдовской теории в исследовании ме­ланхолии. Как говорил сам Абрахам: «Фрейд в общем описал очертания психосексуальных процессов, происходящих в пси­хике меланхолика. Он был способен добиться интуитивных пред­ставлений о них из лечения случайно попадавшихся ему деп­рессивных пациентов, но и до сих пор не так много в литерату­ре по психоанализу публикуется'клинических материалов в поддержку его теории».

Но даже на примере этих нескольких случаев Абрахам при­шел к пониманию того, что уже в детстве (в возрасте 5 лет) присутствовало действительное состояние меланхолии. Он говорил, что склонен рассматривать это как случай «primal parathymia», являющегося результатом Эдипова комплекса маль­чика-пациента, и делал следующий вывод: «Это является тем со­стоянием психики, которое мы называем меланхолия».

Шандор Радо в работе «Проблема меланхолии» (1928) по­шел дальше и высказал предположение, что источник мелан­холии может быть обнаружен в ситуации голода грудного ре­бенка. Он писал: «Наиболее глубокая точка фиксации в деп­рессивной диспозиции может быть обнаружена в ситуации угрозы потери любви (Фрейд), а более конкретно — в ситуа­ции голода ребенка грудного возраста». Ссылаясь на утверж­дение Фрейда о том, что в мании Эго еще раз сливается с Супер-Эго в единое целое, Радо сделал вывод, что «этот про­цесс является точным интрапсихическим повторением пережи­вания такого слияния с матерью, которое имело место во время кормления грудью». Тем не менее Радо не применил это­го вывода к эмоциональной жизни младенца, он рассматривал свое умозаключение только в русле понимания этиологии меланхолии.

**№4**

Картина первых шести месяцев жизни, которую я на­метила в общих чертах в этих двух подразделах, включает мо­дификацию некоторых концепций, намеченных мною в работе «Психоанализ детей». Там я описывала слияние агрессивных им­пульсов, происходящих от разных источников, как «фазу макси­мального садизма». Я по-прежнему верю, что агрессивные им­пульсы достигают своего наивысшего накала в течение этого периода доминирования тревоги преследования; или, иначе го­воря, что тревога преследования стимулируется деструктивным инстинктом и постоянно подпитывается благодаря проекции де­структивных импульсов на объект. Можно считать отличитель­ной особенностью тревоги преследования то, что она увеличи­вает ненависть и атаки на те объекты, которые ощущаются как преследователи, и в то же время это, в свою очередь, укрепля­ет чувство преследования.

Некоторое время спустя после • опубликования «Психоана­лиза детей» я разработала концепцию депрессивной позиции. С моей нынешней точки зрения, ситуация видится мне так: по мере продвижения в развитии объектных отношений между тремя и шестью месяцами ослабевают как деструктивные импульсы, так и тревога преследования и на первое место выходит депрес­сивная тревога. Итак, хотя мои взгляды на тесную связь между преобладанием садизма и тревогой преследования и не измени­лись, я должна все же внести небольшие изменения в то, что касается датировки. Раньше я считала, что фаза максимального садизма достигает своего крайнего предела где-то около сере­дины первого года; теперь я считаю, что она растянута на три первых месяца жизни и соответствует параноидно-шизоидной позиции, которая описана ранее. Если мы допускаем существо­вание некоторой (индивидуально варьирующейся) общей суммы агрессии у маленького ребенка, то ее величина, я думаю, в са­мом начале постнатальной жизни не может быть меньше, чем на стадии, когда каннибалистические, уретральные и анальные импульсы и фантазии действуют в полную силу. Пользуясь тер­минами только количества (что, однако, было бы не совсем вер­но, так как не берутся в расчет различные друтие — неколиче­ственные — факторы, детерминирующие действие двух основных влечений), можно сказать, что, по мере того как увеличивается количество источников агрессии и становится возможным все большее число ее проявлений, происходит процесс ее распре­деления, Развитию свойственно постепенное введение в игру

возрастающего числа склонностей, и тот факт, что импульсы и фантазии, происходящие из различных источников, частично пе­рекрываются, взаимодействуют и подкрепляют друг друга, тоже может быть рассмотрен как выражение прогресса интеграции и синтеза.

К тому же слияние агрессивных импульсов и фантазий со­гласовывается со слиянием оральных, анальных и уретральных фантазий либидинозной природы. Это означает, что противосто­яние либидо и агрессии завершается на более широком поле. Как сказано в моей работе «Психоанализ детей», «возникнове­ние тех этапов в организации, к которым мы подступили, свя­зано, я бы сказала, не только с теми позициями, которые либи­до отвоевало и на которых утвердилось в своей борьбе с влече­нием к смерти, но и, поскольку два этих компонента навечно объединены в той же мере, что и противопоставлены, с возрас­тающим взаимодействием между ними».

Способность ребенка занимать депрессивную позицию и об­разовывать целостные объекты внутри себя подразумевает, что он уже не так сильно подчинен господству деструктивных им­пульсов и тревоги преследования, как на более ранней стадии. Возрастание интеграции вызывает изменения в природе трево­ги, так как, когда любовь и ненависть в отношении к объекту становятся более синтезированными, это рождает огромную ду­шевную боль — депрессивные чувства и вину. Ненависть в не­которой степени смягчается любовью, результатом этого явля­ется изменение качества эмоций по отношению к объекту. В то же время прогресс в интеграции-и объектных отношениях по­зволяет Эго развивать более эффективные методы противодей­ствия тревоге и деструктивным импульсам, служащим ее при­чиной. Однако мы не должны забывать о значении того факта, что садистические импульсы, особенно с тех пор, как они дей­ствуют сразу в различных зонах, являются наиболее мощным фактором в конфликтах, возникающих у ребенка на этой ста­дии; по сути, депрессивная позиция состоит в тревоге ребенка, связанной с тем, как бы не повредить или не уничтожить сво­им садизмом любимые им объекты.

Эмоциональные и психические процессы в течение первого года жизни (продолжающиеся на протяжении первых 5—6 лет) могут быть определены в понятиях успеха—неудачи в борьбе между агрессией и либидо; преодрление депрессивной позиции подразумевает, что в этой борьбе (которая возобновляется с каж-Дьгм психическим или физическим кризисом) Эго оказывается

способно развить адекватные способы противодействия моди­фицированным тревогам {тревогам преследования и депрессив­ным тревогам), а в конечном итоге — методы ослабления и удер­жания в разумных пределах агрессии, направленной на люби­мые объекты.

Я предпочитаю термин «позиция» при упоминании о пара­ноидной и депрессивной фазе из-за того, что эти группировки тревог и защит хоть и появляются впервые на самых ранних стадиях, но не ограничиваются их пределами, а снова и снова возникают в течение первых лет детства и при определенных обстоятельствах в ходе всей позднейшей жизни.

**М.Кляйн**

**РОЛЬ ФРУСТРАЦИИ В РАЗВИТИИ'**

**II**

Я много говорю о желании младенца обладать неис­тощимой, всегда доступной для него грудью. Но, как я предпо­ложила ранее, он хочет не только пищи, он также хочет, чтобы его освободили от деструктивных импульсов и персекуторной2 тревоги. Это чувство, что мать всесильна и может избавить от любой боли и зла, исходящих из внешних и внутренних источ­ников, можно также найти и при анализе взрослых. Между про­чим, я хотела бы сказать, что очень благоприятные изменения в кормлении детей, произошедшие в последние годы, в отличие от довольно жесткого способа кормления по расписанию, не мо­гут тем не менее сами по себе предотвратить затруднений ре­бенка, так как мать не может устранить его деструктивных им­пульсов и персекуторной тревоги. Необходимо рассмотреть еще один момент. Слишком тревожное! отношение со стороны мате­ри, которая каждый раз, как ребенок плачет, тут же дает ему есть, не помогает ребенку. Он чувствует тревогу матери, и это увеличивает его собственную тревогу. Я также встречала у взрос­лых обиды на то, что им не давали достаточно поплакать, и они поэтому потеряли способность выражать тревогу и горе (и по­лучать таким образом облегчение), так что ни агрессивные им­пульсы, ни депрессивные тревоги не могли найти себе полного выхода. Интересно, что Абрахам упоминает среди факторов, ле­жащих в основе маниакально-депрессивного расстройства, как чрезмерную фрустрацию, так и слишком сильное потакание же­ланиям, поскольку фрустрация, если она не чрезмерна, являет­ся стимулом адаптации к внешнему миру и способствует разви­тию чувства реальности. Действительно, определенная доля фрустрации, за которой следует удовлетворение, может дать мла­денцу чувство, что он способен справиться с тревогой. Я также обнаружила, что неисполненные желания младенца, которые до некоторой степени и невозможно исполнить, вносят важный вклад в его сублимации и творческую деятельность. Отсутствие конфликта у младенца, если это гипотетическое состояние мож­но представить, лишает его возможности обогащения своей лич­ности и важного фактора в усилении Эго, поскольку конфликт

*Кляйн М.* Зависть и благодарность, глава 2. СПб., 1997, стр. 24—31. *Персекуторная* — тревога преследования.

и потребность в его преодолении — это фундаментальные эле­менты творчества.

Из утверждения, что зависть портит первичный хороший объект и придает дополнительную остроту садистским напад­кам на грудь, следуют дальнейшие выводы. Грудь, на которую так нападают, теряет свою ценность, становясь плохой — иску­санной и отравленной мочой и калом. Чрезмерная зависть по­вышает *интенсивность* этих нападок и их *длительность* и тем самым затрудняет младенцу возможность восстановить хороший объект, в то время как садистские нападки на грудь, которые в меньшей степени обусловлены завистью, проходят гораздо быс­трее и поэтому не разрушают так сильно и так надолго хоро­ший объект в душе ребенка: грудь, которая возвращается и ко­торой можно наслаждаться, становится доказательством того, что она не повреждена и по-прежнему хороша.

Тот факт, что зависть подрывает способность к удовлетворе­нию, до некоторой степени объясняет, почему она столь упор­на, поскольку именно *удовольствие* и вызванная им *благодар­ность* смягчают деструктивные импульсы, зависть и жадность. Можно посмотреть на это и" с другой точки зрения: жадность, зависть и персекуторная тревога, связанные друг с другом, не­избежно усиливают друг друга. Чувство вреда, причиненного за­вистью, сильная тревога, вызванная этим, и вследствие этого неуверенность в «хорошести» объекта приводят в результате к возрастанию жадности и деструктивных импульсов. Даже если после этого объект и ощущается как хороший, то он желается и берется вовнутрь еще более жадно. Это приложимо и к пище. В анализе мы обнаруживаем, что если пациент испытывает боль­шие сомнения по поводу своего объекта и, следовательно, так­же по поводу ценности аналитика и анализа, он может вцепиться в любую интерпретацию, которая облегчит его тревогу, и скло­нен продлевать сессии, поскольку он хочет принять в себя как можно больше того, что он сейчас ощущает хорошим. (Некото­рые люди, наоборот, так боятся своей жадности, что очень ста­раются уйти точно вовремя.)

Сомнения по поводу обладания хорошим объектом и соответ­ствующая неуверенность в собственных добрых чувствах приво­дят также к жадным и неразборчивым идентификациям; на та­ких людей легко повлиять, так как они не могут доверять соб­ственным суждениям.

По сравнению с младенцем, который из-за зависти не спо­собен к стабильному установлению хорошего внутреннего объек­та, ребенок с сильной способностью к любви и благодарности

поддеРживает глубоко укорененные отношения со своим хоро­шим объектом и может, не будучи фундаментально поврежден­ным, выносить временные состояния зависти, ненависти и обиды, которые возникают даже у детей, которых любят и за которыми хорошо ухаживают. Таким образом, поскольку эти не­гативные состояния преходящи, хороший объект восстанавлива­ется снова и снова. Это необходимый фактор в его укреплении и закладке основы стабильности и сильного Эго. В ходе разви­тия ребенка отношения с материнской грудью становятся осно­вой преданности людям, ценностям и делам и, таким образом, поглощают часть любви, которая первоначально испытывалась к первичному объекту.

**Ill**

*0*

Одним из главных производных способности к люОви является чувство благодарности. Благодарность необходима для построения отношений с хорошим объектом и является подо­плекой оценки «хорошести» в других людях и в себе самом. Бла­годарность уходит корнями в эмоции и отношения, возникаю­щие на наиболее ранней стадии младенчества, когда для мла­денца мать — это единственный объект. Я уже указывала на эту раннюю связь как на основу всех позднейших отношений с лю­бимым человеком. Хотя исключительные отношения с матерью индивидуально варьируют в продолжительности и интенсивно­сти, я считаю, что в той или иной степени они существуют у большинства людей. То, в какой степени они остаются ненару­шенными, частично зависит от внешних обстоятельств. Но внут­ренние факторы, лежащие в их основе, прежде всего способ­ность к любви, видимо, являются врожденными. Деструктивные импульсы, особенно сильная зависть, могут на ранней стадии нарушить эту специфическую связь с матерью. Если зависть к кормящей груди сильна, то это препятствует полному удовлет­ворению, потому что, как я уже сказала, для зависти характерно то, что она подразумевает кражу у объекта того, чем он облада­ет, и его порчу.

Младенец может испытывать полное удовольствие, только если способность к любви достаточно развита; и это удоволь­ствие образует основу благодарности. Фрейд описывал блажен­ство насосавшегося младенца как прототип полового удовлетво­рения. С моей точки зрения, эти. переживания образуют основу не только полового удовлетворения, но и всего последующего счастья и способности чувствовать единство с другим человеком;

это единство подразумевает полное понимание, которое необхо­димо для всяких счастливых любовных отношений или дружбы. В идеале это понимание не нуждается в словах для своего вы­ражения, что указывает на его происхождение от наиболее ран­ней близости с матерью на довербальной стадии. Способность получать полное удовольствие от первого отношения с грудью образует основу переживания удовольствия из всех прочих ис­точников.

Если ненарушенное удовольствие от кормления пережива­ется часто, то происходит достаточно прочная интроекция хоро­шей груди. Полное удовлетворение от груди означает, что мла­денец чувствует, что он получил от своего объекта исключитель­ный дар, который он хотел бы сохранить. Это и составляет основу благодарности. Благодарность тесно связана с верой в добро. Это включает в себя прежде всего способность прини­мать и усваивать любимый первичный объект (не только как источник пищи) без особых йомех со стороны жадности или за­висти, поскольку жадная интернализация нарушает отношения с объектом. В ситуации жадной интернализации человек чув­ствует, что он контролирует и истощает, а потому ранит свой объект, в то время как в хороших отношениях с внутренними и внешними объектами доминирует желание сохранять и жалеть. По другому поводу я писала, что процесс, лежащий в основе доверия к хорошей груди, исходит из способности младенца вкла­дывать либидо в свой первый внешний объект. Так устанавли­вается хороший объект, который любит и защищает Я и сам лю­бим и защищаем им. Так возникает вера в собственную «хоро-шесть» (доброту).

Чем чаще удовлетворение от груди переживается и полнос­тью принимается, тем чаще чувствуются удовольствие и благо­дарность и, следовательно, желание вернуть полученное удоволь­ствие. Эти повторяющиеся переживания делают благодарность возможной на самом глубоком уровне и создают предпосылки для способности возмещать причиненный вред и для любых суб­лимаций. Путем процесса проекции и интроекции, путем отда­чи вовне и повторной интроекции внутреннего богатства про­исходят обогащение и углубление Эго. Так обладание помогаю­щим внутренним объектом устанавливается снова, раз за разом, и благодарность способна полностью проявить себя.

Благодарность тесно связана со щедростью. Внутреннее бо­гатство возникает благодаря усвоению хорошего объекта, так что индивид становится способен поделиться его дарами с другими людьми. Это позволяет интроецировать более дружественный

внешний мир, и чувство обогащения усиливается. Даже тот факт, что щедрость часто недостаточно оценивается, не обязательно подрывает способность давать. И наоборот, у тех людей, у кото­рых это чувство внутреннего богатства и силы не установлено в достаточной мере, всплески щедрости часто перемежаются с преувеличенной потребностью в оценке и благодарности и впоследствии с персекуторными тревогами обеднения и обкра-денности.

Сильная зависть к кормящей груди препятствует способно­сти получать полное удовольствие и, таким образом, подрывает развитие благодарности. Есть очень сильные психологические причины того, почему зависть фигурирует среди «семи смерт­ных грехов». Я бы даже предположила, что она бессознательно ощущается самым большим грехом, поскольку портит и повреж­дает хороший объект, являющийся источником жизни. Этот взгляд совпадает со взглядом Чосера в «Сказке о Парсонсах»: «Несом­ненно, зависть — самый худший из грехов; поскольку остальные грехи — это грехи против какой-то одной добродетели, в то вре­мя как зависть — против всех добродетелей и против всего хо­рошего». Чувство, что он повредил и разрушил первичный объект, нарушает веру человека в искренность его дальнейших отноше­ний и заставляет его сомневаться в своей способности любить и быть хорошим.

Мы часто сталкиваемся с проявлениями благодарности, ко­торые вызваны в основном чувством вины и в гораздо меньшей степени способностью к любви. Я полагаю, что на самом глубо­ком уровне есть важное различие между этим чувством вины и благодарностью. Конечно, это не означает, что некоторый эле­мент вины не вторгается в наиболее искренние чувства благо­дарности.

Мои наблюдения показали, что серьезные изменения в ха­рактере, которые выражаются в его порче, более вероятны сре­ди тех людей, которые не установили свой первый объект ус­тойчиво и не способны к поддержанию благодарности к нему. Если у этих людей по внешним или внутренним причинам воз­растает персекуторная тревога, то они полностью теряют свой первичный хороший объект или, скорее, его замены, будь то люди или ценности. Процессы, лежащие в основе этого изме­нения, являются регрессивным возвратом к ранним механизмам расщепления и дезинтеграции. Поскольку это вопрос степени, то эта дезинтеграция, хотя и сильно влияет на характер, не обя­зательно ведет к явной болезни. Жажда власти и престижа или

потребность умиротворить преследователей любой ценой — это те аспекты изменений характера, которые приходят мне в голову,

В некоторых случаях я наблюдала, что при общем возраста­нии зависти у человека происходит активизация зависти, иду­щей из самых ранних источников. Поскольку ранние чувства имеют всемогущую природу, это отражается и на текущих чувствах зависти, переживаемых по отношению к фигуре-заме­стителю, и поэтому вносит свой вклад как в эмоции, пробуж­денные завистью, так и в уныние и вину. Вероятно, такая акти­визация самой ранней зависти повседневным опытом знакома каждому, но как степень, так и интенсивность этого чувства, так же как и чувство всемогущего разрушения, варьируют в за­висимости от индивида. Этот фактор может оказаться очень важ­ным при анализе зависти, поскольку, только если анализ спосо­бен дойти до ее глубочайших истоков, он достигает полного эф­фекта.

Без сомнения, фрустрации и несчастливые обстоятельства, возникающие в течение жизни, пробуждают зависть и ненависть у каждого человека, но сила этих эмоций и способы совладания с ними существенно различаются. Это одна из многих причин, почему у разных людей способности получать удовольствие, свя­занные с чувством благодарности за полученное благо, также существенно различаются.

**М.Кляйн**

**ТРЕВОГА И ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ1**

**I**

Я много раз отмечала, что главным звеном моей тех­ники является подход к тревоге. Для меня очевидно, что уже с самого рождения тревоги возникают вместе с защитами против них. Первая и наиболее важная функция Эго — это справлять­ся с тревогами. Я даже думаю, что, вероятно, первоначальная тревога, вызванная угрозой внутреннего инстинкта смерти, мо­жет быть причиной того, почему Эго начинает действовать с самого рождения. Эго постоянно защищает себя от боли и на­пряжения, которые вызывает тревога, и поэтому начинает ис­пользовать защиты с самого начала постнатальной жизни. В те­чение многих лет я придерживалась взгляда, что большая или меньшая способность Эго выдерживать тревогу является кон­ституциональным фактором, который сильно влияет на разви­тие защит. Если способность Эго, к овладению тревогой недо­статочна, Эго может регрессивно вернуться к более ранним за­щитам или будет вынуждено к чрезмерному использованию защит соответствующей стадии. В результате персекуторная тре­вога и способы овладения ею могут быть так сильны, что про­работка депрессивной позиции будет впоследствии нарушена. В некоторых случаях, особенно психотического типа, мы с самого начала встречаемся с защитами такой явно непроницаемой при­роды, что иногда кажется невозможным их проанализировать.

Сейчас я перечислю некоторые из защит против зависти, с которыми обычно встречалась в ходе своей работы. Некоторые из наиболее ранних защит, много раз описанные раньше, та­кие, как всемогущество, отрицание, расщепление, подкрепляют­ся завистью. Ранее я предположила, что идеализация служит защитой не только против преследования, но и против зависти. У младенцев, если нормальное расщепление между хорошим и плохим объектом не было с самого начала достигнуто, эта не­удача, связанная с чрезмерной завистью, часто приводит к рас-щеплению между всемогуще идеализированным и очень плохим первичными объектами. Превознесение объекта и его даров — это попытка уменьшить зависть. Однако если зависть очень силь­на, то она, вероятно, рано или поздно обернется против первич­ного идеализированного объекта и против других людей, кото­рые в процессе развития замещали этот объект.

*Кляйн М.* Зависть и благодарность, глава 6. СПб., 1997, стр. 61—68.

Как и предполагалось мной ранее, если не происходит фун­даментального нормального расщепления любви и ненависти, хорошего и плохого объектов, то между ними возникает путани­ца2. Я считаю это основой любой путаницы (спутанности) у че­ловека: как при тяжелых состояниях спутанности, так и в ее мягких формах, таких, как нерешительность, всегда проявляют­ся трудности делать выводы и нарушается способность к ясно­му мышлению. Но спутанность также используется как защита: это можно видеть на всех уровнях развития. Спутанность по поводу того, является ли данный заменитель первичной фигуры хорошим или плохим, создает некий противовес преследованию и вине по поводу порчи первичного объекта и нападения на него посредством зависти. Борьба с завистью приобретает дру­гой характер, если вместе с депрессивной позицией существу­ет чувство вины. Даже у людей, у которых зависть не чрезмер­на, их заинтересованность объектом, идентификация с ним, страх его потери и повреждения его творческих способностей явля­ются важными факторами, определяющими трудность проработки депрессивной позиции.

*Бегство от матери к другим людям,* которыми восхищают­ся и которых идеализируют, чтобы избежать враждебных чувств к наиболее важному, вызывающему зависть (и потому ненависть) объекту — груди, становится также способом сохранения груди, что означает сохранение матери3. Я много раз указывала, что наиболее важное значение имеет способ, которым осуществля­ется переход от первого объекта ко второму — отцу. Если за­висть и ненависть преобладают, эти эмоции до определенной степени переносятся на отца или сиблингов4 и позже на других людей, и вследствие этого механизм бегства терпит неудачу.

С уходом от первичного объекта может быть связано рас­пыление направленных на него чувств, что на последующих ста­диях развития может вести к промискуитету5. Расширение объек­тных отношений в младенчестве — это нормальный процесс. В той мере, в какой отношение с новым объектом становится час­тичной заменой любви к матери, а не преобладанием бегства от

2 См.: *Розенфельд.* Заметки по поводу состоянии спутанности у хроничес­ких шизофреников (1950).

3 См,: «Развитие психоанализа», глава VI.

*\* Сиблинги* (сибсы), англ. sibs,— родные братья и сестры.

5 *Промискуитет* (от *лат.* promiscuous — смешанный, общий) — предпола­гаемая стадия ничем не ограниченных половых отношений, предшество­вавших установлению в человеческом обществе норм брака и семьи.

ненависти к ней, новый объект помогает, становясь компенса­цией неизбежного чувства потери уникального первого объек­та — потери, исходящей из депрессивной позиции. Любовь и бла­годарность тогда в той или иной мере сохраняются в новых от­ношениях и одновременно в той или иной степени отделяются от чувств к матери. Однако если распыление эмоций преиму­щественно используется как защита против зависти и ненавис­ти, то такие защиты не становятся основой стабильных объект­ных отношений, так как они находятся под влиянием остающейся враждебности к первому объекту.

Защита от зависти часто приобретает форму обесценивания объекта. Как я предположила, порча и обесценивание присущи зависти. Обесцененному объекту можно больше не завидовать. Это приложимо и к идеализируемому объекту, который обесце­нивают и потому больше не идеализируют. То, как быстро ру­шится эта идеализация, зависит от силы зависти. Но обесцени­вание и неблагодарность присущи каждому уровню развития как защиты от зависти и у некоторых людей являются характерны­ми для их объектных отношений. Я имею в виду тех пациентов, которые в ситуации переноса после интерпретации, несомнен­но оказавшей им помощь, критикуют ее до тех пор, пока от нее не останется ничего хорошего. Например, пациент, который во время предыдущего сеанса пришел к успешному решению внеш­ней проблемы, начинает следующий сеанс с заявления, что я очень досаждаю ему, так как накануне вызвала у него слишком сильную тревогу, заставив рассмотреть эту проблему. Оказыва­ется также, что он тогда чувствовал, будто я обвиняю и обесце­ниваю его тем, что он *jie* может принять решение до тех пор, пока проблема не проанализирована нами. Только после неко­торого размышления пациент смог признать, что анализ дей­ствительно оказал ему помощь.

Защита, присущая более депрессивным типам,— это *обесце­нивание себя.* Некоторые люди могут быть не способны к раз­витию своих талантов и их успешному использованию. В дру­гих случаях это отношение возникает только в определенных ситуациях, когда есть опасность соперничества со значимой фи­гурой. Обесценивая свои таланты, они одновременно отрицают зависть и наказывают себя за нее. В анализе можно увидеть, однако, что обесценивание себя вновь пробуждает зависть к ана­литику, которому приписывается превосходство, особенно пото­му, что пациент обесценил себя. Лишение себя успеха имеет, конечно, много детерминант, что справедливо и по отношению

к другим установкам, на которые я ссылаюсь6. Но я обнаружи­ла, что одними из наиболее глубоких корней этой защиты явля­ются переживания вины и несчастья из-за неспособности со­хранить хороший объект, которые связаны с завистью. Люди, у которых хороший объект установлен недостаточно устойчиво, тревожатся, как бы не испортить или не потерять его из-за кон­курентных и завистливых чувств, и потому избегают успеха и соперничества.

Другая защита против зависти тесно связана с жадностью. *Интернализируя грудь с такой жадностью,* что в его душе она становится его исключительной собственностью и контролиру­ется им, младенец чувствует, что все хорошее, что он приписы­вает ей, будет принадлежать ему. Он использует это для проти­водействия зависти. Но сама жадность, с которой он осуществ­ляет эту интернализацию, содержит в себе вирус неудачи. Как я говорила раньше, хороший объект, который прочно установ­лен и поэтому ассимилирован, не только любит субъекта, но и любим им. Это, как я считаю, является характерным в отноше­ниях с хорошим объектом, но неприложимо или приложимо в меньшей степени к отношениям с идеализированным объектом. Из-за властного и насильного собственничества хороший объект, как это ощущает сам человек, превращается в разрушенного пре­следователя, и последствия зависти не могут быть предотвра­щены в достаточной мере. Напротив, если человек терпимо от­носится к своему любимому, то он проецирует это на других, которые поэтому становятся дружественными фигурами.

Частым способом защиты является пробуждение зависти в других людях с помощью своих собственных успехов, удач или того, чем человек обладает, что приводит к оборачиванию ситу­ации зависти. Неэффективность этого метода связана с тем, что он дает толчок персекуторной тревоге. Завистливые люди, в ча­стности завистливый внутренний объект, являются, кажется, наи­худшими преследователями. Другой причиной непрочности этой защиты является ее связь с депрессивной позицией. Желание заставить других людей, особенно любимых, завидовать и пере­живание триумфа над ними порождают вину и страх за их по­вреждение. Пробудившаяся тревога нарушает удовольствие об­ладания собственностью и вновь увеличивает зависть.

Есть и другая нередкая защита — *удушение чувств любви и интенсификация ненависти,* поскольку это менее болезненно,

6 См.: *Фрейд 3.* Некоторые типы характеров, встречающиеся в психоана­литической работе.

чем выносить вину, порождаемую сочетанием любви, ненавис­ти и зависти. Все это может не выражать себя как ненависть, а принимать вид безразличия. К этому примыкает защита, заклю­чающаяся в уклонении от контактов с людьми. Потребность в независимости, которая, как нам известно, является нормальным явлением развития, может подкрепляться, чтобы избежать бла­годарности или вины из-за неблагодарности и зависти. В ана­лизе мы обнаруживаем, что бессознательно эта независимость полностью фальшива: индивид остается зависимым от своего внутреннего объекта.

Герберт Розенфельд7 описал особый метод работы в ситуа­ции, когда отщепленные части личности, включая особенно за­вистливые и деструктивные, сводятся вместе, и пациент с ана­литиком предпринимают шаги по их интеграции. Он показал, что действие вовне в той мере, в какой оно используется для избегания интеграции, становится защитой от тревог, вызван­ных принятием завистливой части себя.

Я, конечно же, описала не все защиты от зависти, посколь­ку их количество бесконечно. Они тесно взаимосвязаны с за­щитами от деструктивных импульсов и персекуторной и деп­рессивной тревог. То, насколько они успешны, зависит от мно­гих внешних и внутренних факторов. Как уже было упомянуто, если зависть сильна и поэтому склонна проявляться во всех объектных отношениях, защиты от нее, видимо, ненадежны, в то время как защиты, направленные против деструктивных им­пульсов, в которых зависть не преобладает, оказываются более эффективными, хотя они и могут накладывать на личность за­преты и ограничения.

Когда шизоидные и,параноидные черты преобладают, защи­ты от зависти не могут быть успешны, поскольку атаки челове­ка на предмет зависти ведут только к усилению чувства пре-следуемости, и он может справиться с ними только посредством новых атак, т. е. путем усиления деструктивных импульсов. Та­ким образом, устанавливается порочный круг, разрушающий спо­собность противостоять зависти. Особенно это относится к слу­чаям шизофрении и до некоторой степени объясняет трудности при их лечении6.

*Розенфельд Г.* Исследование потребности невротических и психотичес­ких пациентов в действиях вовне во время анализа (1955). Некоторые из моих коллег, которые анализируют случаи шизофрении, ■говорили мне, что тот акцент, который они сейчас делают на зависти как на портящем и разрушающем" факторе, доказывает свое большое значение как для понимания, так и для лечения этих пациентов (при­меч. *автора).*

Исход является более благоприятным, если существуют хотя бы частичные отношения с хорошим объектом, поскольку это также означает, что депрессивная позиция частично проработа­на. Переживание депрессии и вины подразумевает желание убе­речь любимый объект и ограничить зависть.

Те защиты, которые я перечислила, а также многие другие образуют часть негативной терапевтической реакции, потому что они являются мощным препятствием для способности взять то, что дает аналитик. Я уже ссылалась на некоторые формы зависти к аналитику. Когда пациент способен испытывать благодарность — а это значит, что в эти моменты он менее завистлив,— он намно­го более способен получить выгоду от анализа и объединить те достижения, которых он уже добился. Другими словами, чем боль­ше депрессивные черты доминируют над шизоидными и парано­идными чертами, тем благоприятнее перспективы излечения.

Стремление возместить вред и потребность помочь объекту зависти — это очень важные средства противодействия завис­ти. В конечном счете это означает противодействие деструктив­ным импульсам путем оживления чувства любви.

**II**

Поскольку я несколько раз упоминала о спутанности, было бы полезно перечислить некоторые из важнейших состоя­ний спутанности в порядке их возникновения на различных ста­диях развития и в различных ситуациях. Я часто указывала9, что с начала постнатальной жизни начинают действовать уретраль­ные и анальные {и даже генитальные) либидинальные и агрес­сивные желания — хотя и при доминировании оральных — и что в течение нескольких месяцев отношения с частичными объек­тами накладываются на отношения с целостными объектами.

Я уже обсуждала те факторы — в частности, сильные пара­ноидно-шизоидные черты и чрезмерную зависть,— которые с са­мого начала смазывают различение и нарушают успешное рас­щепление между хорошей и плохой грудью; это подкрепляет спутанность младенца. Я считаю очень существенным просле­живание в анализе всех состояний спутанности у пациента, даже наиболее серьезных состояний при шизофрении, вплоть до этой ранней неспособности различать хороший и плохой первичные объекты; хотя защитное использование спутанности против за­висти и деструктивных импульсов тоже должно приниматься нами в расчет.

9 См.: «Психоанализ детей», глава VII.

Попробую перечислить несколько возможных последствий этого раннего нарушения: преждевременное появление чувства вины, неспособность младенца переживать вину и преследова­ние независимо друг от друга, следующее из этого усиление персекуторной тревоги были уже отмечены мною выше; я так­же уже привлекала внимание к значению спутанности между родителями, являющейся результатом укрепления, из-за завис­ти, первичной комбинированной родительской фигуры. Я свя­зываю преждевременное начало генитальности с бегством от оральности, ведущим к усилению спутанности между оральны­ми, анальными и генитальными тенденциями и фантазиями.

Другими факторами, уже очень рано делающими вклад в спу­танность и растерянное состояние души, являются проективная и интроективная идентификации, так как они могут приводить к временному размыванию способности разделять себя и объек­ты, внутренний и внешний мир. Такая спутанность препятству­ет осознанию психической реальности, которая способствует по­ниманию и реалистическому восприятию реальности внешней. Недоверие и страх перед приемомс психической пищи ведут свое начало от недоверия к тому, что предлагала испорченная завис­тью грудь. Если с самого начала хорошая пища путается с пло­хой, позже это приводит к нарушению способности к ясному мышлению и установлению стандартов и ценностей.

\* Все эти нарушения, которые, с моей точки зрения, связаны также с защитой от тревоги вины и вызываются ненавистью и завистью, проявляются как трудности в обучении и в развитии интеллекта. Я не беру при этом в расчет различные другие фак­торы, вызывающие эти трудности.

Те состояния спутанности, которые я бегло перечислила и в возникновение которых вносит свой вклад интенсивный конфликт между деструктивными (ненависть) и интегрирующими (любовь) тенденциями, являются до определенной степени нормальными. По мере интеграции и успешной проработки депрессивной позиции, которая включает большее прояснение внутренней реальности, вос­приятие внешнего мира становится более реалистическим — это тот результат, который в норме достигается во второй половине первого года и в начале второго года жизни10. Эти изменения свя­заны в основном с ослаблением проективной идентификации, яв­ляющейся частью параноидно-шизоидных механизмов и тревог.

Я предполагала (см. «Развитие психоанализа»), что на втором году жизни на передний план выступают обсессивные механизмы и организация Эго осуществляется при доминировании анальных импульсов и фанта­зий *[примеч. автора].*

**Д. Винникотт**

**ИДЕИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ1**

**Ложное Я и Истинное Я**

Эти термины используются в описании защитной орга­низации, при которой происходит преждевременное взятие ребен­ком на себя материнской функции заботы о нем, так что ребенок приспосабливается к окружающему, одновременно пряча и защи­щая свое «Истинное Я», или источник собственных импульсов. Это похоже на функцию Эго, по раннему Фрейду, расположенного между Ид и внешней реальностью и обращенного к миру.

В типичных случаях содержащееся в неволе «Истинное Я» не способно действовать, и вследствие защиты его возможнос­ти для получения живого опыта ограниченны. Жизнь прожива­ется угодливым «Ложным Я», что клинически проявляется в чув­стве нереальности. Другие авторы для описания подобного со­стояния использовали термин «Наблюдающее Эго».

Спонтанность и реальные импульсы могут исходить только от «Истинного Я», и, чтобы открылась для этого возможность, кто-то другой должен принять на себя защитные функции «Ложного Я».

**Переходный объект. Переходные феномены**

Термин «переходный объект» был задуман для того, чтобы придать значимость первым проявлениям принятия сим­вола у развивающегося ребенка. Этот предшественник символа является одновременно частью ребенка и частью матери. Часто этот предшественник символа является в действительности вне­шним объектом, и пристрастие к нему ребенка отмечается и доз­воляется родителями. Часто, однако, материализации не проис­ходит, и то же значение можно обнаружить у некоторых фено­менов, например у наблюдения, мышления, различения оттенков, использования движений тела и ощущений и т. д.

Переходным объектом может стать сама мать или большой палец. Вырожденные формы представлены раскачиваниями, би­ением головой, навязчивым сосанием пальца и т. д., а в даль­нейшем pseudologic fantastica (патологической лживостью) и воровством.

1 Текст опубликован в сборнике работ автора The psycho-analytical explo­rations, С. *Winnicott, R. Shepherd, M. Davis* (eds.). Cambridge (Mass.), 1981, перевод А. Рыжова.

В благоприятных условиях этот объект постепенно уступает место увеличивающемуся числу других объектов и всей куль­турной жизни.

**Регрессия (к зависимости)**

Термин «регрессия» обычно применяется в психоана­литических работах по отношению к инстинктивным позициям. Регрессия может происходить от генитального к прегениталь-ному эротическому переживанию или фантазии, или она про­исходит к точкам фиксации, принадлежащим к периоду ранне­го детства, когда прегенитальные фантазии были по праву доминирующими.

Регрессия является также подходящим термином для исполь­зования в описании состояния взрослых и детей в отношениях переноса (или в любом другом взаимоотношении, связанном с зависимостью), когда оставляется равная позиция и вновь уста­навливается инфантильная зависимость. Для регрессий такого рода типичен переход от независимости к зависимости. При та­ком использовании этого термина окружающая среда косвенно вводится в рассмотрение, поскольку зависимость подразумева­ет окружение, которое она встречает. Для сравнения: при дру­гом использовании термина «регрессия» нет подразумеваемой ссылки на окружение. Термин «регрессия» также используется для описания *процесса,* который может наблюдаться при лече­нии,— постепенного отступления «ложного» или «заботящегося» Я (self) и продвижение к новым отношениям, в которых функ­ция заботящегося Я перелагается "на терапевта.

**Достаточно хорошая мать**

Этот термин используется при описании зависимос­ти, которая существует в самом раннем детстве. Его примене­ние означает, что мать создает фундамент для психического здо­ровья всякий раз, когда она, будучи сама здоровой, ежеминутно откликается на потребности ребенка. То, что необходимо и аб­солютно необходимо для ребенка, это не какого-то рода совер­шенство материнства, но довольно хорошее приспособление к его инстинктивным потребностям, являющееся частью живых от­ношений, в которых мать временно идентифицируется со своим ребенком. Чтобы быть способной идентифицироваться со своим ребенком на должном уровне, мать должна быть защищена от

111

внешней реальности настолько, чтобы иметь возможность на­слаждаться периодами озабоченности, объектом которой явля­ется ребенок. Для того чтобы быть способной вовремя снизить этот высокий уровень идентификации по мере продвижения ре­бенка от зависимости к независимости, мать должна быть нор­мальной в том, чтобы не быть подверженной излишней, болез­ненной озабоченности.

**Д. Винникотт**

**ПЕРЕХОДНЫЕ ОБЪЕКТЫ И ПЕРЕХОДНЫЕ ФЕНОМЕНЫ1**

Хорошо известно, что дети вскоре после рождения име­ют склонность использовать кулачок или пальцы при стимуля­ции оральной эрогенной зоны, при удовлетворении инстинктов на этой зоне, а также просто спокойно держа их во рту. Извес­тно также, что через несколько месяцев дети обоего пола обна­руживают любовь к игре с куклами, и большинство матерей пре­доставляют своим детям некоторый специальный объект и ожи­дают, что те станут, так сказать, привязанными к этим объектам. Между этими двумя рядами феноменов, разделенных вре­менным интервалом, существует связь, и изучение развития от более раннего из них к более позднему может быть полезным и позволить использовать важный клинический материал, которым в некоторой степени пренебрегали.

**ПЕРВОЕ ОБЛАДАНИЕ2**

Те, кому пришлось близко познакомиться с проблема­ми и интересами матерей, наверняка уже имеют представление об очень богатых паттернах, проявляемых детьми в отношении первого обладания тем, что есть «не-я» («not-me» possession). Обнаруживаемые внешне, эти паттерны могут быть подвергну­ты прямому наблюдению.

Можно найти широкое разнообразие в последовательности событий, которые начинаются с -манипуляций новорожденного во рту и ведущих в конечном счете к привязанности к плюше­вому животному, кукле или мягкой или твердой игрушке.

Ясно, что здесь является важным что-то еще кроме ораль­ного возбуждения и удовлетворения, хотя они и могут быть ос­новой для всего остального. Среди важных проблем, которые можно здесь исследовать, следующие.

1. Природа объекта;

Печатается no: The psycho-analytical explorations. *Winnicott C, Shepherd R., Davis M.* (eds.), Cambridge (Mass.), 1981, перевод А.Рыжова. В сноске к изданию 1958 года автор подчеркивает, что он говорит не о первом внешнем объекте, которым является грудь, а о первом облада­нии. Автор отсылает читателя к статье Фейрберна, где обсуждается ис­пользование слова «переходный» (Fairbairn, 1952, р. 35).

2. Способность ребенка распознавать объект как «не-я» {not-me);

3. Положение объекта — внутри, вовне, на границе;

4. Способность ребенка творить, придумывать, вымышлять, порождать, создавать объект;

5. Начало объектных отношений, наделенных нежностью.

Я ввел термины «переходный объект» и «переходный фено­мен» для обозначения промежуточной зоны опыта между соса­нием пальца и плюшевым мишкой, между оральным эротизмом и настоящими объектными отношениями, между первичной твор­ческой3 активностью и проекцией того, что уже было интроеци-ровано, между первичным незнанием о зависимости и обязан­ности другому человеку и их осознанием («Скажи: "Спасибо!"»).

Соответственно этому определению, лепет младенца и то, как старшие дети, отходя ко сну, повторяют набор мелодий и песен, относятся к промежуточной области в качестве переходных фе­номенов, так же как использование объектов, которые не явля­ются частью тела ребенка, но еще не полностью распознаются как принадлежащие к внешней реальности.

**Неадекватность привычного суждения о человеческой природе**

Уже общепризнано, что суждение о человеческой при­роде исключительно на языке межличностных взаимоотношений не является удовлетворительным, даже если учитывается роль разработки поведения в воображении и принимается во внима­ние фантазия во всей целостности: как сознательная, так и бес­сознательная, включая и вытесненную бессознательную. Суще­ствует другой путь описания человека, который обнаруживает­ся в исследованиях двух последних десятилетий. Про каждого индивидуума, достигшего той стадии существования, когда вне­шняя и внутренняя части разграничиваются, можно говорить о существовании *внутренней реальности,* внутреннего мира, ко­торый может быть богатым или бедным, находиться в мире или в состоянии войны. Это помогает, но в достаточной ли степени? Я считаю, что если есть необходимость в констатации такой двойственности, то есть необходимость и в констатации трой-

3 Здесь и далее под первичным творчеством (primary creativity — сози-дательность, креативность в философском значении термина) младен­ца автор подразумевает исходную способность ребенка к формирова­нию субъективных представлений, предшествующую восприятию вне­шних объектов.

ственности: третья часть жизни человеческого существа, часть, которой мы не можем пренебречь,— это промежуточная область *переживания,* в которую вносят вклад как внутренняя реальность, так и внешняя жизнь. Это область, которая не подвергается про­верке (is not challenged), поскольку про нее невозможно сделать никакого позитивного утверждения, за исключением того, что она должна существовать как пристанище для человека, вов­леченного в вечную задачу по поддержанию внешнего и внут­реннего мира отделенными, хотя и взаимосвязанными.

Обычно пользуются понятием «тестирование реальности» и проводят четкое различение между апперцепцией и перцепци­ей4. Я сейчас отграничиваю область промежуточного состояния между неспособностью и растущей способностью младенца рас­познавать и принимать реальность. Таким образом, я изучаю сущность *иллюзии,* возможность которой предоставляется ребен­ку родителями и которая во взрослой жизни присуща искусству и религии, но становится печатью сумасшествия, когда взрос­лый предъявляет слишком сильные требования к доверчивости других, принуждая их признать, что они разделяют с ним ил­люзию, которая не является их собственной. Другие могут раз­делять наше почитание *иллюзорного опыта,* и если мы захотим, мы можем собраться и сформировать группу на основе сход­ства наших илДюзорных переживаний. Это естественный спо­соб группирования человеческих существ.

Я надеюсь, что будет понятно, что я не говорю о собственно плюшевом мишке маленького ребенка или о первом использо­вании младенцем своих рук (своих пальцев). Я не изучаю спе­циально первый объект объектных отношений. Я занят первым обладанием и промежуточной областью между субъективным и тем, что объективно воспринимается.

**Развитие индивидуального паттерна**

В психоаналитической литературе часто упоминается продвижение от «руки ко рту» к «руке к гениталиям», но, воз­можно, реже обсуждается последующее продвижение к держа­нию подлинных «отличных от я» (not-me) объектов. Развиваясь, младенец проявляет тенденцию включать «отличные от я» объек­ты в некоторый индивидуальный паттерн. В каком-то смысле эти

Апперцепция — центростремительная тенденция, подчиняющаяся уже сло­жившимся внутрипсихическим силам. *Перцепция —* центробежная тенден­ция, подчиненная появляющемуся новому опыту, случайному с точки зре­ния одной" только психической причинности *[примеч. переводчика).*

объекты представляют {stand for} грудь, но это не совсем то по­ложение, которое здесь обсуждается.

Некоторые дети кладут большой палец в рот, а остальными пальцами ласкают лицо, следуя вращательным движениям пред­плечья. Поверхность рта в этом случае активна по отношению к большому пальцу, но пассивна по отношению к остальным. Пальцы, ласкающие верхнюю губу или какую-то другую часть, могут стать более важными, чем большой палец, положенный в рот. Кроме того, эти ласкательные движения могут обнаружи­ваться сами по себе, вне непосредственного контакта рта с боль­шим пальцем.

Обычно, усложняя аутоэротическое переживание, такое, как сосание пальца, происходит что-то из перечисленного далее:

а) другой рукой младенец берет в рот вместе с пальцами внешний объект, например кусок простыни или одеяла;

б) каким-либо образом кусок ткани держится и сосется или же по-настоящему не сосется; легко используемые для этой цели объекты включают в себя подгузники, платки (позже) — это за­висит от того, что всегда готово и надежно доступно;

в) с первых месяцев малыш начинает выщипывать шерсть, собирать ее в пучки и ласкать себя с ее помощью; реже он глотает шерсть, даже причиняя себе дискомфорт;

г) имеет место гримасничанье, сопровождаемое звуками «мам-мам», лепетом (Scott, 1955), первыми музыкальными звука­ми и тому подобным.

Можно предположить, что мышление или фантазирование примыкают к этим функциональным переживаниям.

Все эти вещи я называю *переходными, феноменами.* Кроме всего этого (если мы изучаем любого ребенка) может появиться какая-то вещь или феномен — быть может, пучок шерсти, или уголок шерстяного одеяла, или слово, или звук, или гримаса, ста­новящиеся жизненно важными для ребенка в использовании при отходе ко сну и являющиеся защитой от тревоги, прежде всего тревоги депрессивного типа (тревоги потери объекта). Возмож­но, ребенком найден какой-то мягкий объект или объект друго­го типа — и тогда это то, что я называю *переходным объектом.* Этот объект становится важным. Родители признают его цен­ность и возят его с собой во время путешествий. Мать позволя­ет ему становиться грязным и даже зловонным, зная, что, вы­мыв его, она вносит разрыв в непрерывность опыта ребенка, разрыв, который может уничтожить значение и ценность объекта для младенца.

Я предполагаю, что паттерн переходных феноменов начина­ет проявляться примерно от трех-шести до восьми-двенадцати месяцев. Я нарочно оставляю место для широких вариаций.

Паттерны, установленные в младенчестве, могут иметь про­должение в более старшем возрасте, так что первый мягкий объект остается абсолютно необходимым во время отхода ко сну, во время одиночества или когда угрожает депрессивное настро­ение. В норме, однако, наблюдается постепенное расширение области интереса, и в конце концов эта расширенная область сохраняется, даже когда угрожает депрессивная тревога. Потреб­ность в специфическом объекте или поведенческом паттерне, установленном в самом раннем возрасте, может вновь появить­ся в более позднем возрасте, когда угрожает депривация.

Первое обладание используется вместе со специальными тех­никами, ведущими свое происхождение из самого раннего дет­ства, которые могут включать в себя более непосредственные варианты аутоэротической активности или существовать неза­висимо от них. Последовательно в жизни ребенка возникают плю­шевые игрушки, куклы и твердые игрушки. Мальчики в извест­ных пределах имеют склонность в дальнейшем использовать твердые игрушки, в то время как девочки устремляются к заве­дению «семьи». Важно тем не менее отметить, что *нет замет­ной разницы между мальчиками и девочками в том, как они ис­пользуют свои первые переходные объекты.*

Как только ребенок начинает использовать устойчивые со­четания звуков («мам», «та», «да»), может возникнуть «слово» для переходного объекта. Имя, данное младенцем этим самым ранним объектам, часто является значимым и иногда частично включает слово, использУемое взрослыми. Например, «бее» мо­жет быть именем, а «б» может происходить от использования взрослыми слова «малыш» (baby) или «мишка» (bear).

Я должен упомянуть, что иногда не существует переходного объекта, а только одна мать. Либо у ребенка столь серьезные на­рушения, что он не способен наслаждаться переходным состояни­ем, либо последовательность объектов была прервана. Эта после­довательность, однако, может поддерживаться скрытым образом.

**Обобщение специальных качеств в отношении с пере­ходным объектом**

1. Своими действиями ребенок заявляет права на объект, и мы поддерживаем это присваивание. Тем не менее с самого начала характерна определенная отмена всемогущества.

2. Ребенок не только нежно прижимает объект к себе, но и восторженно любит его и даже терзает.

3. Объект не должен никогда изменяться никем, кроме самого ребенка.

4. Объект должен выносить инстинктивную любовь, а так­же ненависть и, если это имеет место, чистую агрессию.

5. Далее, объект должен производить впечатление дающего тепло, или двигаться, или иметь текстуру, или совершать что-то, что показывало бы ребенку, что объект оживлен и имеет са­мостоятельное существование.

6. С нашей точки зрения, объект появляется извне, но это не так с точки зрения младенца. Объект также не возникает изнутри, он не галлюцинация.

7. Его судьба в том, что ему позволяют постепенно лишить­ся заряда энергии либидо (быть декатектированным5) так, что с ходом лет он становится не столько забытым, сколько низведен­ным до заброшенности. Я пбдразумеваю, что в норме переход­ный объект не «уходит внутрь» и чувства к нему не подлежат обязательному вытеснению. Он не забывается, и о нем не скор­бят6. Он теряет свою значимость, и это потому, что переходные феномены становятся диффузными, распространяются на целую промежуточную территорию между «внутренней реальностью» и «внешним миром, как он воспринимается двумя людьми вме­сте», иначе говоря, на всю сферу культуры.

В этом пункте обсуждаемый предмет распространяется на тему игры, художественного творчества и восприятия, а также религиозных чувств, мечтания, фетишизма, лжи, воровства, при­страстия к наркотикам, использования талисманов, навязчивых ритуалов, происхождения и утраты чувства нежности и т. д.

**ОТНОШЕНИЕ ПЕРЕХОДНОГО ОБЪЕКТА К СИМВОЛИЗМУ**

Это верно, что угол одеяла (или что бы это ни было) символизирует какой-то частичный объект, такой, как грудь. Од­нако его суть не столько в его символическом значении, сколь­ко в его реальности. То, что он не является грудью (или мате­рью) и в то же время является реальным, так же важно, как тот факт, что он представляет грудь (или мать).

Когда применяется символизм, ребенок уже ясно различает между фантазией и фактом, между внутренними объектами и

5 Лишиться заряда инстинктивной энергии.

6 По Фрейду, скорбь является работой по преодолению травмы, связан­ной с потерей значимого объекта.

внешними объектами, между первичным творчеством и воспри­ятием. Но термин «переходный объект», согласно моему пред­ложению, указывает на процесс становления способности при­нять различие и сходство. Я думаю, есть польза от понятия для обозначения пути символизма во времени, термина, который опи­сывает продвижение младенца от чисто субъективного к объек­тивности. Мне кажется, что переходный объект (край одеяла и др.) — это то, что мы обнаруживаем на этом продвижении к при­обретению опыта.

Понять переходный объект можно и не понимая до конца природу символизма. Кажется, символизм может быть изучен подходящим образом только в процессе роста индивида и имеет в лучшем случае изменчивое значение. Например, если мы рас­смотрим облатку Святого Причастия, являющуюся символом тела Христа, то я думаю, что буду прав, сказав, что для католиков она есть тело, а для протестантов — заменитель, напоминание и на самом деле по своей сущности не является телом как тако­вым. Тем не менее и в том и в другом случае это символ.

**КЛИНИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ ПЕРЕХОДНОГО ОБЪЕКТА**

Любой, кто общается с родителями и детьми, может найти бесконечное множество иллюстрирующего клинического материала7. Следующие иллюстрации даны для того, чтобы на­помнить читателю схожий материал из его собственного опыта.

**Два брата: различия**

**в раннем использовании обладаний**

*Искажение в использовании переходного объекта.* А, теперь здоровому мужчине, пришлось с трудом прокладывать себе путь к зрелости. Мать, ухаживая за А, когда он был ма­леньким, «училась, как быть матерью», и смогла избежать некоторых ошибок с другими детьми благодаря тому, чему она научилась с ним. Кроме того, после рождения А во время ее

В одной статье я нашел замечательные примеры по этой теме. Wulff (Fetishism and Object Choise and Early Childhood, Psychoanalytic Quarterly, 1946, 15, p.450), безусловно, изучает тот же феномен, но он называет объекты «фетишистскими объектами»). Для меня не совсем ясно, пра­вилен ли этот термин, что я буду обсуждать ниже. Я не был в действи­тельности знаком со статьей Wullf'a до того, как написал свою, и для меня было громадным удовольствием и поддержкой обнаружить, что коллега уже раньше счел этот предмет заслуживающим обсуждения. См. также Abraham (1916) и Lindner (1879).

довольно одинокой заботы о нем у матери имелись внешние при­чины для тревоги. Она приняла обязанности матери очень се­рьезно и кормила А грудью до 7 месяцев. Она чувствует, что в его случае это было слишком долго, и отнятие от груди происходило очень тяжело. Он никогда не сосал пальцев, и, когда она отняла его от груди, ему было «не к чему прибегнуть». У него никогда не было бутылки, пустышки или другой формы пи­тания. У него была очень сильная и ранняя *привязанность к самой матери* как к конкретному лицу, и именно она была тем самым человеком, в котором он нуждался.

В двенадцать месяцев мальчик обнаружил привязанность к игрушечному кролику, которого он прижимал к себе, и его не­жное отношение к этому кролику перенеслось на настоящих кро­ликов. Тот самый кролик сохранился до того, как ему исполни­лось пять или шесть лет. Кролика можно описать как утешите­ля *(comforter),* но у него никогда не было истинных свойств переходного объекта. Он никогда не был, как мог бы быть пере­ходный объект, важнее, чем сама мать, почти неотделимой час­тью ребенка. В случае с этим мальчиком различные тревоги, ко­торые обострились с отнятием от груди в 7 месяцев, затем выз­вали астму, и лишь постепенно ему удалось с этим справиться.

Он нашел работу вдали от родного города, что было важ­ным для него. Его привязанность к матери до сих пор очень сильна, хотя он и попадает под широкое определение нормы или здоровья. Этот мужчина не был женат.

*Типичное использование переходного объекта.* Развитие его младшего брата, Б, было довольно простым во всех отношениях. Сейчас у него трое здоровых детей. Он кормился грудью в те­чение четырех месяцев и был отнят от груди без трудностей8. Б начал сосать палец в возрасте нескольких недель, что опять же «сделало отнятие от груди более легким, чем у его старшего брата». В пять-шесть месяцев, вскоре после отнятия, он освоил конец одеяла, где заканчивалась стежка. Он получал удоволь­ствие, если кусочек шерсти отрывался от угла, и начинал щеко­тать им себе нос. Это вскоре стало его «Бее», Б сам изобрел слово для обозначения этого процесса, как только научился организовывать звуки. Когда ему исполнилось около года, он смог заменить конец одеяла мягким зеленым жакетом с красным гал-

На примере первого сына мать «поняла, что хорошая идея — давать бутылочку для кормления а период кормления грудью», иначе говоря, придавать позитивную ценность тому, что замещает ее саму, и таким образом она добилась более легкого отнятия от груди, чем в случае с А.

стуком. Он был не «утешителем» (comforter), как в случае стар­шего депрессивного брата, а скорее «успокоителем» (soother). Он был седативным средством, которое всегда работало. Это ти­пичный случай того, что я называю *переходным объектом.* Ког­да Б был маленьким мальчиком, всегда было определенно, что если кто-то даст ему его «Бее», то он незамедлительно начнет его сосать, его тревога исчезнет и он даже заснет через не­сколько минут, если время сна было близко. В то же время про­должалось сосание пальца, длившееся до трех-четырехлетнего возраста, и он помнит загрубевшее место на одном из больших пальцев, ставшее следствием. Сейчас интересуется (как отец) сосанием пальцев его детьми и их использованием «Бее».

История семи обычных детей в этой семье дает следующие пункты, упорядоченные для сравнения в таблице.

*Таблица*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Боль­шой палец | Переходный объект | | Тип ребенка |
| А (мальчик) | | 0 | мать | кролик (утешающий) | фиксация на матери |
| Б(мальчик) | | + | «Бее» | жакет (успокаивающий) | норма |
| Близ-  нецы | Дев. | 0 | пустышка | ослик (друг) | поздняя  зрелость |
| мал. | 0 | «Ее»  ;\_'г | ее' (защищающий) | латентная психопатия |
| Девочка | | 0 | «Бее» | одеяло (придающий уверенность) | хорошее развитие |
| Мальчик | | + | большой палец | большой палец (удовлетворение) | хорошее  развитие |
| Девочка | | 4- | мимис\* | предметы (раскладывание) | хорошее  развитие |

Бесчисленные одинаковые мягкие объекты, различавшиеся между собой по цвету, ставшие объектом сортировки и разложения по группам.

Довольно ценной для аналитика может стать попытка полу­чить информацию о тех ранних" техниках обладания, которые использовали все дети семьи. Это наводит мать на сравнение

своих детей между собой и дает ей возможность вспомнить и сопоставить их характеристики в раннем возрасте.

Часто информацию в отношении переходных объектов мож­но получить от ребенка. Например:

Ангус (11 лет 9 месяцев) сказал мне, что у его брата есть «куча плю­шевых зверей и вещей» и что «до этого у него были маленькие миш­ки», и он сопроводил это рассказом о своей собственной истории. Он сказал, что у него никогда не было плюшевых зверей. У него была нить со свисавшими погремушками, кисточку-конец которой он трепал и таким образом отходил ко сну. Возможно, *в* итоге она отвалилась, и интерес ребенка к кисточке пропал, Было, однако, кое-что еще. Он заметно стыдился, говоря об этом. Это был фиолето­вый кролик с красными глазами. «Я не любил его. Я часто бросал его куда попало. Теперь он у Джереми, я отдал его. Он стал гадко себя вести, и поэтому я отдал его Джереми. Он *постоянно подал* с комода. Он *до сих пор посещает меня. Я люблю, когда он посеща­ет меня».* Ангус удивил сам себя, нарисовав фиолетового кролика.

Надо отметить, что этот одиннаддатилетний мальчик с нор­мально хорошим для своего возраста чувством реальности гово­рил, описывая качества и действия переходного объекта, так, как будто чувство реальности ему изменило. Когда я позже встре­тился с его матерью, она выразила свое удивление по поводу того, что Агнус вспомнил фиолетового кролика. Она легко узна­ла его по цветному рисунку.

Я нарочно воздерживаюсь от того, чтобы давать здесь боль­ше описаний случаев, прежде всего потому, что я не хочу оста­вить впечатление, что то, что я говорю, является редким. Прак­тически в каждом случае возможно найти что-то интересное из переходных феноменов или их отсутствия ( Stevenson, Olive, 1954).

**ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ**

Есть несколько замечаний, которые можно сделать на основе принятой психоаналитической теории:

1. Переходный объект представляет (символизирует) грудь или объект первого отношения.

2. Переходный объект предшествует установленному тести­рованию реальности.

3. Младенец в отношении к переходному объекту переходит от (магического) контроля посредством всемогущества к конт­ролю манипуляцией (включающему мускульный эротизм и удо­вольствие от координации).

4. Переходный объект может развиться в конце концов в объект-фетиш и как таковой сохраниться как характеристика (осо­бенность) взрослой сексуальной жизни (см. развитие этой темы: Wulff, 1946).

5. Переходный объект может из-за анальной эротической организации представлять (символизировать) фекалии (но отнюдь не по этой причине он может стать зловонным и не мыться).

**ОТНОШЕНИЕ К ВНУТРЕННЕМУ ОБЪЕКТУ (Кляйн)**

Интересно сравнить переходный объект с понятием внутреннего объекта Мелани Кляйн. Переходный объект — это не *внутренний объект* (являющийся умственным понятием) — это обладание; для ребенка он не является также и внешним объектом.

Следует сделать следующее запутанное утверждение. Ребе­нок может применять переходный объект, когда внутренний объект жив, реален и достаточно хорош (не слишком наделен преследующими чертами). Но качества этого внутреннего объекта зависят от существования, жизненности и поведения внешнего объекта. Неудача последнего в какой-то существенной функции ведет к мертвенности или к преследующим качествам внутрен­него объекта^. При сохранении неадекватности внешнего объекта внутренний объект теряет значение для ребенка, и тогда и только тогда переходный объект также становится незначимым. Пере­ходный объект может, следовательно, представлять «внешнюю» грудь, но не прямо, а только через символизирование (представ­ление) «внутренней» груди. «

Переходный объект., никогда не находится под магическим контролем, как внутренний объект, но он также не находится и вне контроля, как реальная мать.

**ИЛЛЮЗИЯ - УТРАТА ИЛЛЮЗИИ**

Чтобы подготовить почву для моего собственного по­зитивного вклада в эту тему, я должен проговорить некоторые моменты, которые поспешно берутся на веру во многих психо­аналитических работах по эмоциональному развитию в раннем детском возрасте, хотя в практической работе они выступают как самостоятельные фигуры.

э" Г~ ----

■здесь текст изменен, хотя и основан на изначальном утверждении

0971).

1OQ

Для младенца нет никакой возможности перейти к принци­пу реальности от принципа удовольствия или достигнуть и про­двинуться по ту сторону первичной идентификации10 (см. Freud, 1923}11, если у него нет достаточно хорошей матери12. Достаточ­но хорошая «мать» (не обязательно настоящая мать ребенка) — это та, которая совершает активное приспособление к потреб­ностям младенца, активное приспособление, которое постепен­но уменьшается соответственно растущей способности младенца признавать неудачи приспособления и выдерживать результаты фрустрации. Разумеется, родная мать ребенка скорее-, чем другой человек, будет достаточно хорошей, поскольку активная адаптация требует легкой и терпеливой озабоченности одним ребенком. На самом деле успех в заботе о ребенке зависит от факта озабоченности, не от ума или интеллектуальной про­свещенности.

Достаточно хорошая мать, как я отметил, начинает с прак­тически полного приспособления к потребностям13 младенца, ко­торое с течением времени становится все менее и менее точ­ным соответственно растущей способности ребенка справлять­ся с отсутствием матери.

Способы младенца справляться с этим отсутствием матери включают следующие:

10 Первичная идентификация — «прямая и непосредственная идентифи­кация, предшествующая всякой объектной нагрузке». В противополож­ность ей вторичная идентификация — уподобление Я внешнему объек­ту. «Первоначально в примитивной оральной фазе индивида, вероят­но, еще нельзя отличить загрузку объектом от идентификации. В дальнейшем можно только предположить, что загрузки объектом исхо­дят от Оно, для которого эротические стремления являются потребнос­тями. Я, вначале еще слабоватое, получает сведения о загрузках объек­том, соглашается с ними или противится им процессом сопротивления» {Фрейд. «Я и Оно») *{примеч. переводчика).*

11 См. также Freud (I921).

12 Одно из последствий, и наиболее важное, ясно обсуждается, на мой взгляд, в книге Marion Milner (1952). Она показывает, что из-за неудач матери происходит преждевременное развитие Эго с незрелым разде­лением плохих и хороших объектов. Период иллюзии (или моя пере­ходная фаза) нарушен. В ходе психоанализа пациента или в различных видах активности обыденной жизни можно увидеть, как индивид нахо­дится в поиске спокойного места для иллюзии. Иллюзия на этом пути имеет позитивную ценность.

13 Имеются в виду психологические побудители активности ребенка, преж­де всего то, что называется инстинктами, а не потребности в благопри­ятных факторах для развития (примеч. переводчика).

1. Появление у младенца часто повторяющегося опыта су­ществования временного предела фрустрации. Вначале, конечно, этот временной предел должен быть коротким.

2. Формирование и рост переживания процессуальности событий.

3. Начало умственной деятельности.

4. Использование аутоэротического удовлетворения.

5. Воспоминание, оживление в памяти, фантазирование, меч­тание, интеграция прошлого, настоящего и будущего.

*Если все идет хорошо,* то на самом деле младенец может выиграть от опыта фрустрации, поскольку неполное приспо­собление объекта к потребности делает его реальным, иначе говоря, ненавидимым так же, как и любимым. Следствием это­го является то, что *если все идет хорошо,* близкое приспособ­ление к потребности, длящееся слишком долго, не предусмат­ривающее естественного уменьшения, может оказывать пато­генный эффект на ребенка, поскольку точное приспособление напоминает магию, а объект, ведущий себя идеальным обра­зом, становится ничем не лучше галлюцинации. Однако *внача­ле* приспособление должно быть почти точным, и без того, чтобы это имело место, для младенца невозможно начать вы­рабатывать способность переживать отношение к внешней ре­альности или даже формировать представление о внешней ре­альности.

**ИЛЛЮЗИЯ И ЗНАЧЕНИЕ (ПОЛЕЗНОСТЬ) ИЛЛЮЗИИ**

Вначале мать почти 100-процентным приспособлени­ем предоставляет возможность младенцу испытывать *иллюзию,* что ее грудь — это часть ребенка. Грудь находится как будто под магическим контролем младенца. То же самое можно ска­зать в отношении заботы о маленьком ребенке в общем, в спо­койные промежутки между состояниями возбуждения. Всемо­гущество — это почти факт опыта. Конечная задача матери — постепенно разрушить иллюзии ребенка, но у нее нет никаких Шансов преуспеть в этом, если она не смогла вначале предос­тавить достаточную возможность для иллюзии.

Другими словами, грудь сотворяется ребенком снова и снова -Го способностью любить или, можно сказать, потребностью. В Психике ребенка формируется субъективный феномен, который

мы называем грудью14. Мать подставляет настоящую грудь имен­но туда, где ребенок готов ее создать, и в нужный момент.

С рождения поэтому человек озабочен проблемой отноше­ния между тем, что объективно воспринимается, и тем, что субъективно представляется (conceive of). И не будет здорового разрешения этой проблемы у человека, мать которого не была довольно хорошей в изначальном обращении с ним. *Промежу­точная область, о которой идет речь,*— *это область, которая позволена ребенку в период после первичного творчество и до объективного восприятия, основанного на тестировании реаль­ности.* Переходные объекты представляют ранние стадии в ис­пользовании иллюзии, без чего для человеческих существ нет смысла в идее взаимоотношения с объектом, который пережи­вается другими как внешний по отношению к этому человеку.

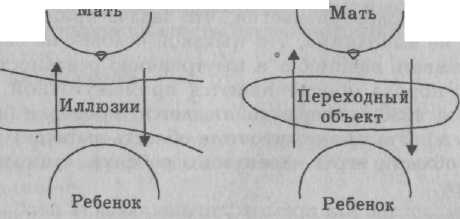
Идея, проиллюстрированная на рисунке 1, следующая: в ран­ний период развития любого человеческого индивидуума, в не­которой теоретической точке, младенец в определенных услови­ях, создаваемых матерью, способен сформировать15 идею чего-то, что встретится с растущей потребностью, возникающей из инстинктивного напряжения. Про ребенка нельзя сказать, что он заранее знает, что должно быть создано. В этот момент мать подставляет себя. В общем случае она дает свою грудь и свое потенциальное побуждение к питанию. Приспособление матери к потребностям ребенка, если оно достаточно хорошо, дает ре­бенку *иллюзию,* что существует внешняя реальность, соответству­ющая способности ребенка творить. Другими словами, существует взаимоналожение того, что дает ребенку мать, и того, что он способен представить. Для наблюдателя ребенок воспринимает то, что мать действительно ему представляет, но это не вся прав­да. Младенец воспринимает грудь только постольку, поскольку он способен создать ее именно здесь и сейчас. Между матерью

14 Я имею в виду всю технику материнства. Когда говорится, что первый объект — это грудь, слово «грудь» используется, я думаю, чтобы обо­значить способы материнского ухода, как и само тело. Отнюдь не не­возможно быть достаточно хорошей матерью (в том смысле, как я ис­пользую это понятие), используя для кормления бутылочку. Если дер­жать в уме такое широкое значение слова «грудь», то можно провести мост между формулировками суждений о человеческой природе Мела-ни Кляйн и Анны Фрейд. Единственное оставшееся различие —во вре менных периодах, являющееся на самом деле незначительным расхож­дением, которое само по себе исчезнет с ходом времени.

15 Conceive — представить, вообразить, изобрести, зачать *{примеч. перевод­чика).*

и ребенком нет взаимообмена. Психологически ребенок прини­мает из груди, которая является частью его самого, а мать дает молоко младенцу, являющемуся частью ее самой. В психологии идея обмена основана на иллюзии психолога.

На рисунке 2 области иллюзии придана форма, для того что­бы отразить то, что я считаю основной функцией переходных объектов и переходных феноменов. Переходные объекты и пе­реходные феномены дают начало в каждом человеческом суще­стве тому, что всегда важно для него, а именно — нейтральной области опыта, не подвергающейся испытанию. *Про переходный объект можно сказать, что он* — *предмет согласия между нами и младенцем о том, что мы никогда не зададим вопрос: «Это ты вообразил или это представлено тебе извне?» Важным мо­ментом является то, что вынесения решения по этому поводу не ожидается. Вопрос не должен формулироваться.*



***Рис. I***

***Рис. 2***

Проблема, без сомнения исподволь заботящая ребенка с са­мого начала, постепенно становится очевидной, если принять во внимание тот факт, что основная задача матери (следующая пос­ле предоставления возможности для иллюзии) — разрушение ил­люзии. Она предшествует задаче отнятия от груди и является в Дальнейшем одной из важных задач родителей и воспитателей. Другими словами, проблема *иллюзии* — это та, которая внутренне присуща всем человеческим существам, и ее никто не может раз­решить для себя, хотя *теоретическое* понимание ведет к *теоре­тическому* решению. Если все идет хорошо, в этом постепенном процессе потери иллюзий заготовлена стадия для фрустраций, которые мы объединяем вместе, говоря об отнятии от груди. Следует помнить, что, когда мы говорим о феноменах (которые Кляйн (1940) осветила специально в своем понятии депрессив­ной позиции), которые группируются вокруг отнятия от груди,

мы подразумеваем лежащий в их основе процесс, которым пре­доставляется возможность для иллюзии и постепенной потери иллюзий. Если «иллюзия — потеря иллюзии» отклоняется от нор­мального пути, младенец не может дойти до столь нормальной вещи, как отнятие от груди, до реакции на отнятие от груди, и абсурдно вообще говорить об отнятии от груди. Простое пре­кращение кормления грудью не то же, что отнятие от груди.

Мы можем видеть чрезвычайную важность отнятия от гру­ди в случае нормального ребенка. Когда мы являемся свидете­лями сложной реакции, которая у некоторого ребенка пущена в ход отнятием от груди, мы знаем, что это могло произойти у него благодаря тому, что процесс наличия «иллюзии — потери иллюзии» двигался так хорошо, что мы можем игнорировать его при обсуждении самого отнятия от груди.

**РАЗВИТИЕ ТЕОРИИ «ИЛЛЮЗИИ - УТРАТЫ ИЛЛЮЗИЙ»**

Здесь подразумевается, что задача принятия реально­сти никогда не выполнима, что никакой человек не свободен от порока смешивать внешнюю и внутреннюю реальность и смяг­чение этого порока обеспечивается промежуточной областью опыта (Riviere, 1936), которая не подлежит проверке (искусство, религия и т. д.). Эта промежуточная область вытекает непосред­ственно из области игры маленького ребенка, «ушедшего с го­ловой» в игру.

В раннем детстве эта промежуточная область необходима для инициации отношения между ребенком и миром. Ее существо­вание становится возможным благодаря довольно хорошему ма­теринству на критической ранней стадии. Существенным для всего этого является непрерывность во времени внешнего эмо­ционального окружения и отдельных элементов в физическом окружении, таких, как переходный объект или объекты.

Переходные объекты позволяются ребенку благодаря инту­итивному осознанию вышеуказанного порока, свойственного объективному восприятию, и мы не испытываем ребенка в от­ношении субъективности и объективности только там, где есть переходный объект.

Если взрослый будет призывать нас признать объективность его субъективных феноменов, мы заподозрим у него сумасше­ствие или даже поставим диагноз. Если, однако, взрослый спо­собен наслаждаться личной промежуточной областью, не наста­ивая на ее реальности, тогда мы можем узнать наши собствен­ные соответствующие промежуточные области и получить

удовольствие, если найдем степень их пересечения, иначе гово­ря, общие переживания между членами группы в искусстве, ре­лигии или философии.

Я хочу привлечь особое внимание к работе Вульфа, на кото­рую я ссылался выше, в которой дается клинический материал, иллюстрирующий именно то, что я даю под названием «пере­ходные объекты» и «переходные феномены». Существует раз­ница между моей точкой зрения и точкой зрения Вульфа, выра­жающаяся в том, что я использую эти специальные термины, а он использует термин «фетишистский объект». Изучение рабо­ты Вульфа, кажется, показывает, что он, используя слово «фе­тиш», привносит в детство нечто, что в обычной теории отно­сится к сексуальным перверзиям. Я не смог найти в его статье указания на то, что переходный объект ребенка является нор­мальным опытом. Я же считаю переходные феномены нормаль­ными и универсальными. Кроме того, если мы распространим термин «фетишизм» на нормальные феномены, мы, возможно, потеряем некоторую ценность этого термина[[11]](#footnote-11).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Мы обратили ваше внимание на богатое для наблю­дения поле, которое поставляют самые ранние переживания здо­рового ребенка, выраженные прежде всего в отношениях с пер­вым обладанием.

Это первое обладание в своих истоках связано с аутоэротическими переживаниями и сосанием кулачка и большого паль­ца, а в будущем с мягким животным или куклой и с твердой игрушкой. Оно связано как с внешним объектом (материнской грудью), так и с внутренним объектом (магически интроецированной грудью), но отличается и от того, и от другого.

Переходные объекты и переходные феномены принадлежат царству иллюзии, находящейся в основе инициации опыта. Эта ранняя стадия в развитии ребенка становится возможной бла­годаря способности матери приспосабливаться к потребностям ребенка, таким образом предоставляя младенцу иллюзию, что то, что он создает, существует в реальности.

Эта промежуточная область опыта, не испытываемая в от­ношении ее принадлежности к внутренней или внешней (раз­деленной) реальности, формирует основную часть опыта мла­денца и на протяжении жизни сохраняется в интенсивных переживаниях, принадлежащих и искусству, и религии, и жиз­ни воображения, и творческой научной работе.

Обычно переходный объект младенца постепенно декатек-тируется, особенно по мере того, как развиваются культурные интересы.

Из этих рассуждений возникает следующая идея: принятый парадокс может иметь свою позитивную ценность. Разрешение парадокса ведет к защитной организации, которая у взрослого может быть обнаружена в виде организации истинного и лож­ного Я *[Winnicott.* True and false self, 1960).

В психопатологии17:

Пагубные пристрастия могут описываться в терминах рег­рессии к более ранним стадиям, когда переходные феномены не подвержены испытанию.

Фетишизм может быть описан в терминах сохранения оп­ределенного объекта или типа объектов, относящихся к ранне­му детскому опыту в переходной области, связанным с бредом материнского фаллоса.

Патологическое фантазирование и воровство могут быть опи­саны в терминах побуждения человека перекинуть мост через разрыв в опыте, относящемся к переходным феноменам. .

17 Последующий текст отсутствует в версии 1971 года.

**А. Фрейд**

**ДЕТСКАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ПРЕДУСЛОВИЕ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ВЗРОСЛЫХ1**

В детском анализе оценка состояния ребенка служит нескольким целям. С одной стороны, она помогает решить прак­тические вопросы, такие, как назначение или неназначение ле­чения, выбор наиболее подходящего метода лечения и т. д. С дру­гой стороны, служит теоретическим стремлениям больше узнать о самих процессах развития. И последняя из перечисленных, но не последняя по важности цель — это попытка сформулировать более четкую картину начальных стадий2 тех психических рас­стройств, которые известны в основном на поздней стадии, и отличить транзитные патологические проявления от постоянных.

**ДЕТСКИЕ НЕВРОЗЫ**

В постановке такого диагноза детский аналитик чув­ствует себя наиболее уверенно. Тому есть несколько причин. С момента возникновения психоанализа детский невроз не только был объявлен равным взрослому неврозу, но и рассматривался как его прототип и модель.

В литературе психоанализа по этому предмету можно найти утверждения, что неврозы детства важны как «тип и модель» (S. Freud, 1909) взрослых неврозов; что анализ детских неврозов «столь же помогает нам в правильном понимании неврозов взрос­лых, сколь сны детей помогают понять сны взрослых» (S. Freud, 1918); что их изучение «предохраняет нас от неправильного по­нимания неврозов взрослых» (S.Freud, 1916—1917); что «ана­лиз всегда выявляет, что неврозы (более позднего возраста) яв­ляются прямым продолжением (предшествовавших) детских за­болеваний» (S.Freud, 1916—1917).

Было неоднократно показано сходство симптоматических про­явлений детских и взрослых неврозов. Например, *при астерии* и для детей, и ддя взрослых характерны беспричинная тревога и приступы тревоги; конверсия в физические симптомы; рвота и отказ от пищи; боязнь животных и агорафобия. Клаустрофобия У детей встречается редко, зато выдающуюся роль играют си­туационные фобии, например боязнь школы, зубного врача и т. д.

*Фрейд А.* Теория и практика детского психоанализа. Т.П. М., 1999, стр. 126—139.

Лизелотта Франкл предложила для этого термин «естественная исто­рия» взрослых расстройств.

**131**

*При неврозах навязчивости* и дети, и взрослые демонстрируют болезненно высокую амбивалентность чувств, церемонии укла­дывания, другие ритуалы, компульсивное умывание, навязчивые действия, вопросы, формулировки, магические слова и жесты или магическое избегание отдельных слов и движений, навяз­чивый счет и перечисление, касание и избегание прикоснове­ний и т. д. Эксгибиционизм, любопытство, агрессия, соперниче­ство и т. д. одинаково калечат личность человека, будь то в дет­стве или в зрелом возрасте. Что касается *невротического характера,* то детский истерический, навязчивый или импуль­сивный характер почти не отличается от своего взрослого экви­валента.

Однако важнее внешних соответствий нам кажется идентич­ность динамики детских и взрослых неврозов, что можно про­демонстрировать. Классическая формула этиологии обоих гласит: «Начальный прогресс до сравнительно высокого уровня развития инстинктов и Эго (т. е. для ребенка до фаллически-эди­повой, для взрослого до генитальной стадии); невыносимое уси­ление тревоги или фрустрации на этом уровне (для ребенка это тревога кастрации в Эдиповом комплексе); регрессия с адек­ватного возрасту уровня инстинктов на прегенитальную точку фиксации; возникновение детских прегенитальных сексуально-агрессивных импульсов, желаний и фантазий; тревога и вина по этому поводу, запуск защитных реакций со стороны Эго под влиянием Супер-Эго; деятельность защиты, ведущая к созданию компромиссных образований; конечные расстройства характера или невротические симптомы, детали которых обусловлены уров­нем точек фиксации, к которым произошла регрессия, содержанием отвергнутых импульсов и фантазий и выбором

защитных механизмов».

В самом начале аналитической практики, когда аналитики работали только с небольшим количеством детей, предполага­лось, что большинство маленьких пациентов страдает от детс­ких неврозов, прототипом которых служат истории «Маленько­го Ганса» и «Человека с волками», а их развитие соответствует приведенной выше этиологической формуле. Но это представ­ление изменилось, когда анализ сделал шаг от частной практи­ки к открытию консультационных центров и клиник для детей, куда хлынул поток нового материала. Весь он требовал анали­тического изучения.

Первым обескураживающим открытием стало отличие ре­бенка-невротика от невротика-взрослого. У взрослых отдельный невротический симптом обычно является частью генетически

связной структуры личности, а у детей это не так. Зачастую сим­птомы у них существуют изолированно или в сочетании с сим­птомами и чертами личности разной природы и происхожде­ния. Даже точно определенные симптомы навязчивости, такие, как церемонии укладывания или компульсивный счет, обнару­живаются у детей, которые в остальном имеют признаки исте­рической личности — бесконтрольность, импульсивность, бес-покойность. Или же истерические конверсии, фобические тен­денции и психосоматические симптомы обнаруживаются при навязчивом характере.

Хорошо адаптированные и в других отношениях созна­тельные дети иногда совершают отдельные делинквентные действия. Дети, неуправляемые дома, становятся послушными в школе, и наоборот.

Следующее разочарование постигло нас, когда мы поняли, что, несмотря на все связи детских и взрослых неврозов, опре­деленный тип детского невроза не обязательно предшествует та­кому же неврозу взрослого. Напротив, многие клинические факты свидетельствуют о прямо противоположном. Примером может служить неконтролируемое состояние четырехлетнего человека, во многом схожее с юношеским или взрослым делинквентным состоянием, ибо и ребенок, и взрослый, действуя под влиянием импульсов, особенно агрессивных, нападают, разрушают или присваивают себе все, что захотят, не считаясь с чувствами дру­гих. Несмотря на все сходство, раннее делинквентное поведе­ние не обязательно станет в дальнейшем подлинно делинквент­ным состоянием; у этого ребенка сформируется скорее на­вязчивый характер, чем делинквентный или криминальный. Многие дети, страдавшие в детстве фобией или истерической тревогой, вырастая, становились навязчивыми невротиками. У многих детей, страдавших навязчивыми симптомами, такими, как компульсивное умывание, ритуальные прикосновения, рас­положение деталей и т. д., и в детстве во всем походивших на взрослых в состоянии навязчивости, с возрастом тем не менее формировались не навязчивые симптомы, а шизоидные или ши­зофренические состояния.

Для объяснения этих несоответствий выдвигается целый ряд предположений. Очевидно, что даже если преобладающие ин­стинктивные компоненты остаются теми же, как, например, анальный садизм, выбор между делинквентностью и неврозом навязчивости — двух противоположных патологических тенден­ций, которым он сопутствует, — зависит от их взаимодействия с установками Эго и их изменениями в процессе развития и

**•чя**

созревания. Желание смерти, агрессия, нечестность, приемлемые на одном уровне развития Эго и Супер-Эго, отвергаются на сле­дующем, и против них выстраиваются защиты. Отсюда смена делинквентных черт на компульсивные. Или с созреванием Эго защиты от тревоги с использованием моторной системы, такие, как телесные конверсии и фобический уход, меняются на за­щитные механизмы мыслительного процесса, такие, как счет, магические формулы, уничтожение, изоляция. Это объясняет пе­реход от истерической к навязчивой картине симптомов. Соче­тание истерических и навязчивых симптомов может объяснять­ся просто: дети, у которых развивается постоянное истеричес­кое расстройство, при прохождении анально-садистской фазы имеют и транзитные компульсивные симптомы, характерные для этой фазы. У детей с развивающимся постоянным неврозом на­вязчивости беспредметная тревога, фобии и истерические симп­томы сохраняются как часть предыдущего уровня развития. Кон­фликты амбивалентности и компульсии у самых маленьких боль­ных неврозом навязчивости надо, по-видимому, понимать как первые зловещие признаки расщепления и дисгармонии струк­туры, достаточно серьезные и способные привести в дальней­шем к полному психотическому распаду личности.

Следующее открытие будет полезно каждому детскому ана­литику при постановке диагноза: сфера психических расстройств у детей гораздо шире, чем можно было бы ожидать по опыту психопатологий взрослых. В собранном материале есть, конеч­но, ядро всех типичных форм компульсии, церемоний, ритуа­лов, приступов тревоги, фобий, травматических и психосомати­ческих расстройств, задержек, деформаций характера, всего, что можно объединить в понятие детских неврозов, а также глубо­кий уход от внешнего мира и отчуждение от реальности, что в целом можно назвать детскими психозами. Но это далеко не все. Кроме этого существуют нарушения жизненных функций (неорганические), т. е. нарушения сна и питания у детей; чрез­мерные задержки (неорганические) в овладении некоторыми способностями, такими, как моторный контроль, речь, опрятность, обучение; первичные нарушения нарциссизма3 и нарушения объектных отношений; состояния, вызванные неконтролируемы­ми деструктивными и сам о деструктивными тенденциями или не­контролируемыми производными секса и агрессии; умственная отсталость и инфантильность личности. Некоторые из этих де­тей не доходят до фаллически-эдиповой фазы, которая является

3 См.: *Sandier J.J.* Disorders of Narcissism.

собственно отправной точкой детских неврозов. У некоторых со­храняется недоразвитая, примитивная или ущербная организа­ция защит, в результате чего их симптомы больше похожи на вторжения Ид, чем на компромиссные образования между Ид и Эго. У некоторых формирование Супер-Эго является настолько незавершенным, что отсутствуют такие внутренние силы конт­роля, как моральная оценка, вина и внутренние конфликты.

На сегодняшний день для классификации множества клини­ческих картин детских расстройств у нас есть только описатель­ные и недостаточно подробные динамические формулировки. Возможно, некоторые расстройства первых лет жизни являются предусловием невротического развития, которое заканчивается неврозом по мере взросления Эго и Супер-Эго и развития струк­туры. Другие же представляют собой недоразвитые неврозы, т. е. неудавшиеся, незавершенные, кратковременные попытки Эго прийти к соглашению с влечениями и изменить их.

**РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ**

Как было сказано выше, психические расстройства у детей встречаются чаще, чем у взрослых, и они более разнооб­разны. Возрастание вероятности возникновения обусловлено, с одной стороны, обстоятельствами, вызванными зависимостью ребенка, а с другой — напряжениями и стрессами процесса раз­вития как такового.

**Внешние стрессы**

Так как дети не могут заботиться о себе сами, им при­ходится мириться с тем уходом, какой есть. Если за ребенком ухаживают без чувства, это приводит к целому ряду нарушений, самые ранние из которых сосредоточены обычно вокруг функ­ции сна, питания, процессов выделения и желания общения.

Во всех этих четырех областях естественные склонности ре­бенка не гармонируют с существующими культурными и соци­альными обычаями. У ребенка есть собственный ритм *сна,* но он редко совпадает с ритмом дня и ночи и с продолжительнос­тью, которая была бы удобна матери. У него собственные мето­ды засыпания с помощью аутоэротичных действий, таких, как сосание пальца, мастурбация или обнимание переходных объек­тов (Winnicott, 1953), но он может делать так только при неве­дении матери, которая часто прерывает эти процессы. У ребен­ка существует примитивная потребность прижиматься к теплому

телу матери при засыпании, но это идет вразрез с правилами гигиены, которые требуют, чтобы дети спали отдельно, а не в кровати родителей. Дети не выбирают, *что есть, когда и сколь­ко* (за исключением кормления по требованию ребенка). В ре­зультате ребенок переживает болезненные периоды ожидания пищи, когда он голоден, или в него впихивают еду, когда он сыт. За исключением самых новых систем воспитания, *приуче­ние к туалету* вводится слишком рано, когда еще ни прими­тивный мышечный контроль, ни контроль личности над телом к этому не готовы. Биологическая потребность ребенка в посто­янном *присутствии* заботящегося о нем взрослого полностью игнорируется в нашей западной культуре, а потому детей под­вергают долгим часам одиночества. Считается, что детям полез­но спать, отдыхать, а позднее играть в одиночестве. Такое пре­небрежение естественными потребностями порождает первые нарушения в слаженном протекании процессов удовлетворения потребностей и инстинктов. В результате матери спрашивают, что делать с ребенком, который плохо засыпает или не спит ночью, несмотря на усталость; мало ест или отказывается от еды, хотя его телу очевидно нужна пища; слишком много плачет, и даже мать не может его утешить. Поскольку все эти расстрой­ства происходят из-за неправильного обращения с ребенком, они не возникнут как таковые, если с детьми с самого начала обра­щаться по-другому. Однако если они появились, полностью уст­ранить их последствия невозможно, даже если изменить формы ухода. Фрустрации и неудовольствия, пережитые ребенком в свя­зи с определенной потребностью или инстинктивным компонен­том, всегда будут ассоциироваться с ними. Ослабление эффек­тивности и позитивных побуждений инстинктов делает их уязвимыми и, следовательно, готовит путь для будущих невро­тических проблем в пострадавшей сфере (см.: A. Freud, 1946).

Неправильное обращение с самыми ранними потребностями ребенка имеет и другие последствия для патологического разви­тия. В движении к независимости и самостоятельности ребенок подражает первой удовлетворяющей или фрустрирующей уста­новке матери и воспроизводит ее в Эго. Если мать считается с желаниями ребенка, понимает и, насколько это возможно, удов­летворяет их, то Эго скорее всего проявит такую же терпимость к Ид. Если она без необходимости задерживает исполнение же­ланий, отказывает в их удовлетворении или не замечает их, то Эго ребенка скорее всего выработает так называемую «враждеб­ность к Ид», т.е. готовность к внутреннему конфликту, которая является одним из предусловий невротического развития.

**Внутренние стрессы**

В противоположность внешним потрясениям, которых в большинстве своем можно избежать, внутренние стрессы не­избежны. Они представляют собой большую опасность в тех об­ластях, где ранее инстинкты подверглись неблагоприятному внеш­нему воздействию, Там же, где инстинктивной деятельности нич­то не мешало, они не очень опасны. Но, в сущности, они столь же неизбежны, как сами взросление и развитие. В отличие от патологических образований в жизни взрослого, они преходящи, несмотря на свою интенсивность. Ребенок «перерастает» их, когда проходит ту фазу развития, на которой они возникли.

**Нарушения сна.** Как бы заботливо и правильно ни обраща­лись с привычками и условиями сна младенца в первый год его жизни, на втором году почти неизбежно возникают пробле­мы со сном или засыпанием. Годовалый ребенок при отсутствии телесных потребностей, если у него ничего не болит и ему удоб­но, может заснуть на ходу, как только устанет, моментально, иног­да прямо во время игры или с ложкой в руке. Но всего несколько месяцев спустя тот же ребенок будет вопреки уста­лости протестовать против попыток уложить его, бесконечно ме­таться, ворочаться или звать к себе. Создается впечатление, что он «борется со сном», иногда чем больше устал, тем больше бо­рется. Дело здесь в том, что засыпание перестало быть чисто физическим, т. е. почти автоматическим, ответом недифферен­цированной личности на потребность тела, личности, где Эго и Ид, Я и мир объектов еще не разделились. Теперь же ребенок теснее связан с объектами и событиями внешнего мира, поэто­му, чтобы заснуть, его либидо и интересы Эго должны вернуть­ся к Я. Это не всегда проходит гладко, и вызванная этим про­цессом тревога заставляет малыша еще сильнее цепляться за бодрствование. Симптоматическими проявлениями этого состо­яния являются бесконечные призывы из кроватки: ребенок про­сит открыть дверь, попить воды, чтобы мать посидела с ним и т. д. Они спонтанно исчезают, когда объектные отношения ста­новятся более надежными и менее амбивалентными, а Эго на­столько устойчивым, что разрешает регрессию в недифферен­цированное, нарциссическое состояние, необходимое для сна.

Как говорилось выше, дети, чтобы легче заснуть, спонтанно прибегают к аутоэротичным действиям, таким, как покачивание, сосание пальца, мастурбация и переходные объекты, например Мягкие игрушки или ткань и т. д. Когда проходит время пере­ходных объектов или в более позднем возрасте запрещается

147

мастурбация, это часто вызывает новую волну трудностей за­сыпания. Если они приходятся на латентную стадию, то новые методы, которыми ребенок пользуется, борясь с нарушением, обычно являются навязчивыми, например счет, компульсивное чтение, компульсивное думанье и т. д.

Несмотря на внешнее сходство трудностей с засыпанием у детей и расстройствами сна у депрессивных взрослых или ме­ланхоликов, лежащие в их основе метапсихологические карти­ны разные, и потому первое состояние нельзя считать предвест­ником второго. Общее у них только то, что оба они указывают на уязвимость области сна.

Нарушения питания. О нарушениях питания и капризах в еде известно больше. У этого вопроса богатая и длинная история (см.: A. Freud, 1946). Разные нарушения питания относятся к раз­ным стадиям перехода к самостоятельному приему пищи. Они сменяют друг друга, и ребенок перерастает их одно за другим.

Хронологически их последовательность приблизительно сле­дующая. Первые нарушения связаны с кормлением грудью и вызываются целым комплексом причин. Со стороны матери это могут быть органические препятствия, связанные с притоком молока и формой сосков, и психологические — с амбивалентной или тревожной реакцией на кормление грудью. У ребенка мо­гут быть органические трудности, такие, как задержка сосатель­ного рефлекса или пониженный уровень потребности в пище, и психологические — в форме автоматически негативной реакции на тревогу или колебания матери. Следующими идут часто встре­чающиеся отказы от пищи *ъ* период отнятия от груди или оту-чения от бутылочки, хотя их можно избежать, если отучать ос­торожно и постепенно. Если эти нарушения очень сильны, они обычно оставляют след в форме раздражения на пищу, непри­нятия нового вкуса и консистенции пищи, консервативности в еде, недостатка удовольствия в оральной сфере. Иногда резуль­тат прямо противоположен — чрезмерная жадность или страх остаться голодным.

Битвы за то, чтобы есть именно мамину пищу, демонстрируют амбивалентное отношение малыша к матери. Великолепным кли­ническим примером служит история одного малыша, который, когда злился на мать, не только выплевывал пищу, но еще и соскребал ее остатки с языка. Он буквально «не хотел иметь с ней ничего общего». Борьба по поводу количества пищи сменяет­ся борьбой по поводу предпочтений и отвергании разной пищи, т. е. причуд в еде, и собственно процесса еды, т. е. поведения за столом. Ближе всего к симптомам приближается отвращение к

определенным формам, запахам, цвету и консистенциям пищи, источник которого лежит в защите от анальных побуждений; вегетарианство, представляющее собой (если оно возникло не под влиянием среды) следствие защиты от регрессивных кан-нибалистских и садистских фантазий; отказ от калорийной пищи, иногда вообще от пищи, чтобы оградить себя от фантазий об оральном оплодотворении или беременности.

Поскольку эти разнообразные формы симптоматического по­ведения являются признаками развития и каждая из них имеет право на существование, не надо бояться, как это часто делают родители, что слабые формы, например капризы в еде, являют­ся предвестниками более серьезных, например долговременных отказов от пищи, и переходят в них, если не прибегнуть к лече­нию. Слабые формы временны по определению и излечиваются спонтанно. Тем не менее любое чрезмерное нарушение процес­са питания на более ранних стадиях будет иметь последствия, которые увеличат и осложнят нарушения на более поздних. В целом расстройства кормления в детстве делают область пище­варения более уязвимой и готовят почву для невротических рас­стройств желудка и аппетита во взрослой жизни.

Архаические страхи. Прежде чем у детей возникают трево­ги, связанные с ростом структурированности личности, они про­ходят через более раннюю фазу тревог, которая своей интен­сивностью пугает не только их самих, но и наблюдателя. Эти тревоги часто называют «архаическими», поскольку в прошлом ребенка нет такого источника, который мог бы послужить их основой. Похоже, что они врожденные. Их описывают как страх темноты, одиночества, незнакомцев, новых или непривычных ви­дов или ситуаций, страх грома, иногда ветра и т. д. Метапсихо-логически это не фобии, поскольку в их основе нет регрессии, конфликта или замещения. По всей видимости, они выражают слабость Эго и паническую дезориентацию при встрече с незнакомыми впечатлениями, которыми невозможно овладеть или ассимилировать.

Архаические страхи исчезают одновременно с развитием раз­личных функций Эго, таких, как память, тестирование реальнос­ти, вторичные процессы функционирования, разум, логика и т.д., и особенно с развитием проекции и магического мышления.

Расстройства поведения у малышей. Трудности с поведени­ем у малышей вызывают много забот, особенно когда достигают такой степени, что мать не справляется с ребенком. Они связа­ны с пиком анального садизма и выражаются отчасти непос­редственно в виде деструктивности, наведении беспорядка и

гиперактивности, а отчасти реактивно, как чрезмерная зависи­мость, неспособность расставаться, жалобы, неудовлетворенность, хаотические аффективные состояния (включая вспышки раздра­жительности) .

Несмотря на всю кажущуюся серьезность и патологичность, синдром очень быстро проходит. Он существует, пока для ин­стинктов и аффектов ребенка нет другого выхода, кроме мотор­ной активности, и исчезает или ослабевает, как только ребенок открывает новые пути разрядки, особенно когда овладевает речью (AnnyKatan, 1961).

**Переходная фаза навязчивости.** Чрезмерная аккуратность и чистоплотность, ритуализированное поведение и церемонии ук­ладывания, которые мы привычно связываем с неврозом навяз­чивости или навязчивым характером, возникают у большинства детей где-то на пике анальной фазы или сразу после. С одной стороны, они указывают на установление защиты в результате приучения к туалету, с другой — на особые аспекты развития Эго, которые обычно, но далеко не всегда совпадают с пробле­мами анальности (Hartmann, 1950). Тот факт, что ребенок в этот период ведет себя как больной неврозом навязчивости, создает обманчивое впечатление патологии. При обычном ходе событий компульсивные проявления исчезают без следа, как только ре­бенок перерастает соответствующие позиции Эго и инстинктов.

Однако нормальные переходные навязчивые проявления мо­гут грозить развитием постоянной патологии, если по каким-либо причинам в анально-садистическую фазу было вложено слиш­ком много либидо и какая-то часть его осталась с ней связана. В этом случае ребенок вернется к анальному садизму, обычно после какого-нибудь пугающего переживания на фаллической стадии. Только такие регрессии, включая защиты от них и ко­нечные компромиссные образования, формируют основу насто­ящей и долговременной навязчивой патологии.

**Расстройства фаллической фазы, подросткового периода и юности.** Характер развития Эго и инстинктов либо излечивает, либо вызывает нарушения развития. Это нагляднее всего видно при переходе от одной фазы к другой, где не только качествен­ные, но и количественные характеристики инстинктивной ак­тивности влияют на происходящие изменения. Примерами мо­гут служить сильный страх кастрации, страх смерти и желание смерти, а также защиты от них. Они выходят на сцену на пике фаллическо-эдиповой фазы и порождают хорошо известные задержки, маскулинные сверхкомпенсации, пассивные и регрес­сивные тенденции этого периода. Этот набор симптомов исче-

зает как по волшебству, как только ребенок вступает в латент­ный период, т. е. мы видим мгновенную реакцию на биологи­чески вызванное ослабление активности инстинктов. Кажется, что ребенка на Эдиповой стадии по сравнению с ребенком на латентной стадии проблемы осаждают меньше.

Противоположные события происходят при переходе от латентного периода к подростковому возрасту. В это время из­менение не только качества, но и количества влечений и усиле­ние примитивных прегенитальных тенденций (особенно ораль­ных и анальных) вызывают серьезные потери латентных дости­жений в социальной адаптации, сублимации и личности в целом. Впечатление здоровья и рациональности снова исчезает. Подрост­ки часто кажутся менее зрелыми, менее нормальными и прояв­ляют делинквентные наклонности.

Картина снова меняется при вступлении в подростковый воз­раст. Появление генитальных тенденций действует как времен­ное лекарство от пассивно-фемининных наклонностей, приоб­ретенных в отрицательном Эдиповом комплексе и существовав­ших на всем протяжении латентного и предподросткового периода. Исчезает также и распространенная прегенитальность предподросткового периода. Кроме того, как было широко осве­щено многими авторами (Eissler, 1958; Geleerd, 1958), отрочество порождает свои симптомы, которые в наиболее серьезных слу­чаях относят к квазиасоциальным, квазипсихотическим или по­граничным. Эта патология тоже исчезает, когда проходит под­ростковый возраст3.

В работе «Детские неврозы» Нагера выдвигает полезное предложение подразделить расстройства развития на следующие категории:

а) *расстройства или нарушения развития,* вызванные предъявлением чрез­мерных или неоправданных требований к ребенку, с которыми его Эго не может справиться или не может справиться без разочарований и стрессов; \*

б) конфликты *развития,* которые в той или иной степени переживает каж­дый ребенок, когда на соответствующей фазе развития либо сталкива­ется с требованиями среды, либо просто достигает того уровня разви­тия, где возникают эти специфические конфликты;

в) невротические *конфликты,* возникающие между активностью инстинк­тов и интериоризованными требованиями, т. е. предшественниками Су­пер-Эго;

г) *детские неврозы.*

**О. Крейслер**

**ПСИХОСОМАТИКА В ПСИХОПАТОЛОГИИ МЛАДЕНЧЕСТВА1**

**ОБЩИЙ ВЗГЛЯД НА ПСИХОЛОГИЮ МЛАДЕНЧЕСТВА**

**Определение. Место в психиатрической нозологии младенчества**

**Психосоматическая патология означает органические рас­стройства, в генезисе и эволюции которых усматривается преоб­ладающее участие психологических факторов.** Это определение исключает телесные повреждения в результате несчастного слу­чая или аутоагрессии, а также последствия насилий над детьми.

В нозологии младенчества наряду с нею представлены: на­рушения развития, моторно-поведенческие проявления, а начи­ная с второго полугодия жизни — расстройства умственно-ду­шевных проявлений: невротические, депрессивные, психотичес­кие и дефицитарные (табл. **1).**

*Таблица 1* **Психопатология младенчества. Нозологическая группировка**

**I.** **Соматически проявляющиеся расстройства:**

Бессонница. Анорексия. Булимия. Рвота. Колики. Запор, понос. Расстройства дыхания...

II. **Нарушения развития:**

Задержки и дисгармония в овладении двигательными навыками, речью, в выработке отношения к неодушев­ленным предметам (приспособляемость) и людям (об­щительность) .

**III.** **Расстройства, проявляющиеся в моторике:**

Общие аномалии: чрезмерная двигательная активность (agitation), инертность.

Специфические аномалии: ритмичное раскачивание корпусом и вращение головой; аутоэротические и ауто-агрессивные навязчивости.

IV. **Умственно-душевные расстройства:**

Дефицитарные синдромы: дебильность, отсталость.

Психосоматика в психопатологии младенчества. М., 1994, с. 114—115, 121—145.

Депрессия, возбужденность, апатия.

Фобические расстройства: боязнь пищевых продуктов,

предметов, людей.

Психозы раннего возраста.

При изучении расстройств обнаруживается, сколь они раз­нообразны по формам и тяжести, от серьезнейших до зауряд­ных, вплоть до вариантов нормы: ведь даже самый уравнове­шенный ребенок может однажды «избрать» соматический ре­гистр, чтобы выразить чувство дискомфорта при невнимании к нему или при конфликте. Расстройства могут затрагивать лю­бые системы органов. В педиатрической номенклатуре эти рас­стройства классифицированы по их воздействию на избирательно поражаемую функцию (табл. 2).

*Таблица 2*

**Психосоматическая патология раннего возраста**

Медицинская номенклатура

**Расстройства с неврологическими проявлениями**

Нарушения сна. Судороги. **Отклоняющееся пищевое поведение**

Анорексия. Рвота. Мерицизм.

Геофагия. Копрофагия. Трихофагия. Извращенный

аппетит.

Булимия. Потомания. **Расстройства пищеварения** »

Колики первого полугода жизни. Боли в животе.

Запор. Понос.

Колиты. Раздражимость ободочной кишки. Ректоко-

лит. **Синдромы и заболевания дыхательных путей**

Спастический плач.

Астма.

Поражения носоглотки, повторяющиеся отиты.

Бронхиты. Рецидивирующие пневмопатии. **Кожные болезни**

Экзема. Крапивница. Алопеция. Псориаз. **Общие синдромы**

Аллергические заболевания.

Истощение. Задержки роста.

Тучность.

Повторяющиеся инфекции.

**Медицинская нозография группирует симптомы, чтобы свести их в синдромы и болезни. Психосоматическое познание интегрирует их в** отношенческую **и психическую экономику2 ребенка.**

Посреди этого многообразия первым ориентиром служит **вре­менной фактор.** Патология несет на себе отпечаток возраста ре­бенка в диахронии его биологического и душевного развития. Отсюда недостаточность классификации того или иного расстрой­ства лишь по затрагиваемой им органической функции. Между анорексией или бессонницей в период новорожденное™, во.вто­ром полугодии жизни или в более поздние периоды развития существует больше различий, чем сходства.

Младенчеством условно называют первые три года жизни. В хронологии психосоматических расстройств можно выделить три значимых периода:

1. Первичная фаза, когда нарушения появляются с момента или почти с момента рождения либо в первом полугодии жизни.

2. Со второго полугодия до 15— 18 месяцев. Это период, ког­да складываются привязанности; иногда его называют аналити­ческой фазой, чтобы подчеркнуть роль поддержки, опоры в со­зидании объектных отношений.

3. Конечная фаза младенческого возраста, простирающаяся с середины второго до середины третьего года.

В каждой фазе есть свои «излюбленные» расстройства.

Идиопатические3 колики разыгрываются на 12—15-й день жизни, когда новорожденный вступает в контакт с матерью, и резко прекращаются на третьем месяце, когда занимают свое место психические структуры первого организатора, по R. Spitz.

Бессонница бывает как ранняя, в первом полугодии, так и более поздняя, на втором или третьем году жизни. Второе полу­годие «предпочитает» отклонения пищевого поведения.

Спастический плач — болезнь второго и третьего года.

2 Напомним, что здесь и далее автор упоминает термин «экономика» в архаическом, редком значении «гармонической совокупности целого и функций частей этого целого».

3 Идиопатический, возникающий сам по себе, без видимой причины (при­меч. *ред.).*

**II.**

**ВАРИАНТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПСИХИКИ, СОПРЯЖЕННЫЕ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ РИСКОМ. ТРАВМИРУЮЩИЕ СОБЫТИЯ И СИТУАЦИИ. ПСИХИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СОМАТИЗАЦИИ**

Этот тройной заголовок говорит о трех путях, позво­ляющих достичь самой сердцевины психосоматической клини­ки (табл. 4).

*Таблица* ***4***

**Психосоматическая патология младенчества**

Три направления психологического подхода

**I. Взаимодействия и/или психические ситуации риска**

a) Влияние через взаимодействие (взаимодействия с психо­соматическим риском).

Например: гиперопека со стороны матери. Отстра­нение отца. Несообразности в отношениях. Повто­ряющиеся нарушения привязанности...

b) Психическое влияние (функционирование и структура с психосоматическим риском).

Например: невроз диффузных страхов. Синдром формального (vide) поведения. Структурная неорга­низованность.,.

**П. Травмы, «пусковые» события**

Например: Разлука. Хирургические операции. Депрессия у матери. Конфликт между супругами...

**III. Психический механизм соматизации**

**1)** Депрессия

2) Перевозбуждение

Хотя мы анализируем эти пути поочередно, воспринимать их надо все вместе, как целое. Ни один из них не может обой­тись без других; каждый из трех придает смысл другим.

**Патогенные взаимодействия**

Главные черты, которыми, по мнению P. Marty, долж­но обладать функционирование предсознательного, чтобы обес­печивать качественный психосоматический гомеостаз, примеча­тельным образом перекликаются с теми свойствами, которых мы ожидаем от надлежащего функционирования взаимодействий;

речь идет о богатой насыщенности воображаемого и фантазма-тического4 взаимодействия, о его гибкости и устойчивости.

Эти три важнейших качества позволяют выделить три глав­ные патологические категории взаимодействия.

**1.** **Хроническая недостаточность** привязанности, забот о ре­бенке (из-за нехватки либидо у матери) и неправильная органи­зация стимуляции ведут к самой серьезной из всех психосома­тических патологий — эмоциональной бедности ребенка. Тяжесть нарушения обусловлена либо интенсивностью функциональных расстройств, подчиненных автоматической повторяемости с опас­ным потенциалом (тяжелая анорексия, руминация5, психогенная рвота и т. п.), либо неким органическим поражением (астма, осложненная инфекцией или дыхательной недостаточностью, язвенный ректоколит, задержка роста из-за психологического страдания, повторяющиеся инфекционные заболевания различ­ных внутренних органов и т.п.). Эта патология отсылает нас к первым работам в психиатрии младенчества, в основу которой R. Spitz положил тяжкие лишения и фрустрацию, описанные у больных, долго пребывающих в стационаре, с особым упоми­нанием о соматических расстройствах. В наши дни данная патология отнюдь не обязательно связана с учреждениями для младенцев, как во времена R. Spitz. Ныне самые частые предпо­сылки недостаточной привязанности — это прерывность отноше­ний, повторяющиеся разлуки, плохой присмотр, неоправданные госпитализации, а также «внутрисемейный госпитализм», чисто формальная связь с матерью, неспособной воспитывать свое дитя.

2. Соматической патологии *недостаточности* противополож­на патология **перевозбуждения и сверхстимуляции.** Избыточный заряд возбуждения проявляется, в частности, текущей функцио­нальной патологией, коликами, нарушениями сна, спастическим плачем. Перевозбуждение обладает непосредственным потенци­алом функциональной разрядки. Тут мы подходим к фрейдовс­кому понятию парэкситации6 — функции, посредством которой организм предохраняется от поступающих из внешней среды

4 *Фантазмы [в* данном случае) — картинные сцены, в которых реализу­ются осознаваемые и неосознаваемые желания, своеобразные мечтания наяву (примеч. *ред.].*

5 *Руминация* — возвращение уже пережеванной пищи из пищевода и же­лудка в рот и повторное ее проглатывание *(примеч. ред.).*

6 Pare — excitation (букв, «предохранитель от возбуждения»). Ср. parachute (парашют, «предохранитель от падения»), parapluie (зонт, «предохра­нитель от дождя») и т. п.

146

возбуждений, чья чрезмерная интенсивность может ему повре­дить. Перевозбуждение и принуждение порождают большой шлейф психосоматических патологий. В книге «Le nouvel enfant du desordre psychosomatique» я привел в качестве примера слу­чай локализованной красной волчанки у двухлетней девочки, ис­пытывавшей интенсивное непрерывное давление извне; одновре­менно у нее развилась сверхранняя невротическая патология.

Первичная бессонница и колики первого полугодия — вот примеры самого раннего соматического реагирования на конф­ликтные ситуации. У младенцев, как и у детей всех возрастов, нарушения сна занимают виднейшее место в патологии пере­возбуждения (Guedeney, Kreisler, 1988; Kreisler, 1985).

Перевозбуждение бывает общим и избирательным. При бли­жайшем рассмотрении обнаруживаются многочисленные ситуа­ции, которые можно объединить термином **«дисторсии»7.** Неко­торые из них достаточно определенны, чтобы служить ориенти­рами для психосоматической патологии. Приведем несколько примеров.

2.1. **Непрерывное возбуждение,** избирательно направленное на одну из функциональных сфер — скажем, на питание или на опорожнение кишечника,— способствует возникновению и раз­витию таких расстройств, как анорексия и запор или же психо­генный мегаколон.

2.2. **Материнская гиперопека с отстранением отца** порож­дает симбиотическую связь, препятствует все большему отделе­нию ребенка, его индивидуализации. Можно сказать, что астма характерна для такого типа эмоционального развития, при ко­тором закрепляются архаические механизмы привязанности.

3. **Качественные и временные** непоследовательности и рас­согласованности отношений заслуживают быть особо отмечен­ными в условиях современной жизни. Последние, увы, часто бо­лее сообразуются с материальными требованиями окружения, нежели с нуждами ребенка, замыкающегося поэтому в конфор­мизме; слишком часто эти условия отмечены прерывностью.

**Психические влияния с психосоматическим риском**

На первых порах психосоматическая защита ребенка обеспечивается заботами матери; регулятором психосоматичес­кого равновесия служит гармоничное функционирование во взаимодействии. Начиная с анаклитической фазы в патологию

*Ачсторсия,* от *лат.* distorsio — искривление *{примеч. ред.).*

вмешиваются и психические дисфункции, хотя клиническую кар­тину все еще определяют нарушения взаимодействия. После­дний период знаменуется закладкой автономных психических ме­ханизмов защиты от соматической дезорганизации; за ним сле­дуют ключевые этапы оформления и совершенствования этих механизмов — Эдипов период и отрочество.

Таким образом, возникновение и развитие психосоматичес­кой экономики можно рассматривать как переход от первона­чального взаимодейственного функционирования к выработке — на втором году жизни и далее — автономных психосоматических защитных механизмов.

Дисфункции с психосоматическим риском были обнаруже­ны вначале при **младенческой депрессии,** когда соматическая компонента составляет неотъемлемую часть клинической карти­ны, затем — при **синдроме формального** (vide) **поведения** и **тя­желых структурных неорганизованностях.** Наиболее распрост­ранены **невротические варианты функционирования.**

**Расстройства невротического типа**

Эти нарушения очень разнообразны и часто встреча­ются в практике. Вот сильно сокращенная запись одного наблюдения.

К нам направили двухлетнего мальчика по поводу повторяю­щихся бронхитов, чередовавшихся с кожными аллергическими проявлениями (крапивница, отек Квинке). Приступы, очевидно, вызывались эмоциональными обстоятельствами. Очень велик был страх разлуки; ребенок панически реагировал на шумы, особен­но по соседству, а также на вид некоторых домашних вещей и на контакт с ними — их пришлось убрать. С первых недель жиз­ни сына мать организовала вокруг него все более усложнявшую­ся систему предохранения от несчастных случаев и болезней. Эта женщина, дотоле считавшая себя спокойной, после появления ма­лыша на свет ощутила невыразимый страх, одновременно всплыли воспоминания о собственном травмирующем детстве, представ­шем перед нею в повторяющихся кошмарах; трагическая гибель маленького брата, длительная депрессия матери.

Этот случай говорит еще об одном нередком условии, кото­рое нам довелось изучить глубже: беременность и роды сопро­вождаются оживлением у матери старой проблематики, в резуль­тате чего оказываются серьезно урезанными первичные материн­ские способности. Выявляется также важность неподдельной скорби, испытываемой матерью,— обстоятельство, поражавшее

многих наблюдателей патологии у самых маленьких детей (DebrayR., 1987).

По мере накопления нашего опыта находила подтвержде­ния значимость целого невротического букета в психосомати­ческой патологии детства и младенчества. Примем к сведению несколько важнейших пунктов.

1. Уязвимость этих структур объясняется не столько каче­ством фантазматического содержания, сколько экономическими изъянами в функционировании психики; таковыми могут являться совместно или в различных пропорциях:

— неустойчивость и неупорядоченность этого функциони­рования;

— слабые способности к формированию представлений;

— бурные эмоции, которые захлестывают способность к за­щите, в частности образно-представительную функцию;

— особая тонкость восприятия, свойственная подобным субъектам, чья реактивность составляет важнейшую точку пси­хосоматической уязвимости.

2. Отмеченные невротические ^расстройства разнообразны, но среди них преобладают страхи и фобии, причем диффузные, плохо проработанные, учитывая малый возраст. Не следует под­даваться искушению интерпретировать телесные феномены по символической модели конверсии или классических неврозов.

3. Травмирующее влияние патогенных событий и взаимодей­ствий заключается прежде всего в чрезмерном возбуждении, принуждении и неупорядоченности.

В наблюдении, взятом нами для примера, поведение матери можно коротко определить в терминах тревожной гиперопеки, перевозбуждения и неадекватного реагирования на потребнос­ти ребенка. Своеобразие данного случая — двоякое проявление расстройства, одновременно соматическое и психическое. С пер­вых месяцев жизни ребенка интенсивность его эмоциональных реакций свидетельствовала о чрезвычайно тонкой восприимчи­вости. Механизмом соматической декомпенсации служило пе­ревозбуждение, а не депрессия.

**Формальное поведение маленького ребенка (L. Kreisler, 1981)**

Общение с целым рядом пациентов в возрасте менее трех лет, у которых наблюдались серьезные психосоматические расстройства, дало мне возможность выделить одну структуру, Функционирующую по поведенческому типу при хронической

*iAQ*

недостаточности отношений привязанности. Расстройства были весьма различного рода: тяжелая бессонница, повторяющиеся инфекции, задержка роста, полное облысение у ребенка в воз­расте 1 года 8 месяцев, эволюционный хронический полиарт­рит. Важнейшие элементы формального поведения обусловле­ны, по-видимому, эмоциональным отупением, близким к депрес­сивной атонии.

В познавательном плане череда поступков вполне логична, но они фантазматически не окрашены (за ними нет внутренних представлений). Поведение привязано к фактической стороне дела и лишено образных представлений. Действия начинаются и продолжаются под прямым влиянием сенсомоторных побуж­дений и конкретных ситуаций по мере развертывания таковых. Складывается впечатление, что наблюдаешь тревожно-странное механическое функционирование, «впечатление, которое произ­водят восковые фигуры, куклы и автоматы» (S. Freud, процити­ровано по: J. Loriod, 1981, в связи с неврозом поведения).

Не менее примечательна бедность эмоций. Она может до­ходить до почти полного отсутствия самовыражения. Многие дети казались равнодушными к боли и не ведали тревог, в их про­шлом не было фазы страха перед чужаком. За безразличием здесь кроется недифференцированность объектных отношений. Такие дети идут к кому угодно, люди для них анонимны, как вещи. Добавим к этому бедность или даже отсутствие оральных и переходных аутоэротических действий.

У ряда детей на передний план выступали нарушения сна. Речь идет о резко выраженной бессоннице особого рода. Сон крайне непродолжителен, засыпание очень позднее: они отка­зываются идти в постель, пока не упадут мешком от усталости, без «переходной зоны засыпания». При пробуждении они не ис­пытывают подавленности, а сразу включаются в деятельность.

Наиболее показательный, а также самый тревожный струк­турный признак формального поведения —- это отсутствие объект­ного отношения, если можно так сказать, несостоятельность «объектного функционирования».

Условия жизни этих детей весьма разнообразны, но общей для них является постоянная пустота общения: это жизнь в эмоциональной изоляции либо отмеченная повторяющимися разлуками.

Другая примечательная черта связана с эволюционными свой­ствами синдрома: его можно обратить вспять посредством вме­шательств, изменяющих условия общения, и в некоторых случа­ях с помощью психотерапии. Эта обратимость свидетельствует

о силе жизненных инстинктов ребенка, подавленных лишь с виду и готовых воспрянуть, как только позволят новые условия.

Последний элемент наряду со многими другими делает дан­ный синдром противоположностью психоза. Подобным пациен­там угрожает не психоз, а — при отсутствии лечения — струк­турированный и конституированный детский невроз поведения.

Синдром формального поведения, видимо, может являться предварительной формой (preforme) поведенческого функциони­рования.

Девятимесячная девочка была обследована вскоре после вы­писки из больницы, где она находилась по поводу мерицизма, доведшего ее до грани катастрофы. Едва успев устроиться на коленях у матери, она тотчас принялась строить глазки пооче­редно всем присутствовавшим врачам, порывалась уйти с от­цом, потом желала вернуться, и так без конца; вскоре она уже стремглав, удивительно ловко носилась по паласу от одной иг­рушки к другой или от предмета к какому-нибудь человеку, на мгновение прилипала к вещам и людям, бывшим для нее взаимозаменяемыми, включенными вместе с матерью и отцом в анонимное общение. Между третьим и девятым месяцами жиз­ни у малышки сменились пять нянь.

Это краткое резюме долгого обследования подсказывает не­которые выводы.

1) Недифференцированное поведение, подтверждающее то, что мы уже обнаруживали при мерицизмев, а именно — неконсти-туированность объектного отношения.

2) Фундаментальное экономическое неравновесие в распре­делении аутоэротических действий, с одной стороны, и объект­ных, с другой — сильнейший крен в сторону аутоэротической деятельности. Хотя можно ли на самом деле называть аутоэро­тической подобную деятельность, осуществляемую, скажем так, ради забавы организма, лишенную компонента общения, мертвящую.

3) Одинаковая прилипчивость к неодушевленным окружаю­щим предметам и к людям. До сих пор такое поведение при мерицизме рассматривалось как исступленный поиск отношен-ческой привязки, однако не есть ли это, скорее, признак эмоци­ональной пустоты, нежели эмоциональной жадности? Эта пус­тота — результат отсутствия прочной интроекции материнского imago.

*Мерицизн* — то же, что *руминация [примеч.ред.).*

В конечном счете потребность липнуть к вещам, пребывать в перцептивно-моторном мире подсказывает выводы, близкие к тем, которые были сделаны относительно детского невроза поведения.

**СТРУКТУРНЫЕ НЕОРГАНИЗОВАННОСТИ У МАЛЕНЬКОГО РЕБЕНКА КАК СЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (L Kreisler, 1987)**

Эти синдромы относятся к патологии пустоты обще­ния. Мне случалось обнаруживать и описывать их при весьма многообразных и различных по тяжести проявлениях соматиза-ции — отклоняющемся пищевом поведении (анорексия, мерицизм, психогенная рвота), тяжелых нарушениях сна, повторяющихся инфекционных осложнениях, длительных поносах, задержке или остановке роста.

Условия семейного окружения в высшей степени патоген­ны. Больные дети иногда происходят из «семей множественно­го риска» и близки к детям, оказавшимся жертвами дурного об­ращения. Для личности родителей характерны большие нарцис-сические изъяны. В детстве эти люди нередко страдали от неприятия и фрустрации, которые они в следующем поколении воспроизводят у своего ребенка. Материнская функция глубоко искажена. Двусмысленные материнские чувства колеблются меж­ду потребностью в сближении вплоть до слияния и склоннос­тью к игнорированию ребенка.

Взаимодействия отмечены **неупорядоченностью, прерывнос­тью, анархией жизненных ритмов,** а часто и насилием. Таких детей на долгие часы оставляют одних в постели, потом они испытывают на себе контрастное поведение родителей, прости­рающееся от жестоких трепок до чрезмерно стимулирующих те­лесных контактов. С **экономической точки зрения взаимодей­ствие можно описать в количественных терминах дезорганизу­ющих приобретенных соматических признаков, чередований пустоты отношений с беспорядочным перевозбуждением.**

Тяжелые структурные неорганизованности содержат много элементов формального поведения, в частности серьезные де­фекты общения и объектных отношений, к которым добавляют­ся другие фундаментальные изъяны личности. К пустоте обще­ния присоединяются его прерывность или непоследовательность. Различные клинические варианты зависят от обстоятельств, осо­бенно от возраста.

В первом полугодии появляются чаще всего безразличие, неулыбчивость, бедность гуления, слабость общения, апатия, ато­ния, притупление или искажение поведения, связанного с врож­денными навыками, отворачивание взгляда, дискомфорт, испы­тываемый младенцем при телесном контакте, короче — семиоло-гические признаки первичной недостаточности привязанности.

Во втором полугодии и на втором году жизни картина рас­ширяется за счет поражения большинства областей развития и личности.

— Психомоторные и поведенческие нарушения: задержка развития в целом или одной из его частей — моторики, речи; апатия или, напротив, возбуждение, нестабильность и формаль­ное поведение, непоседливость, хаотичность.

— Дефекты пространственно-временной организации и те­лесной схемы.

— Задержка или отсутствие процессов индивидуализации.

— Массивные дефекты идентичности, в том числе сексу­альной идентичности, затрагиваемой чрезвычайно часто и про­должительно. «

В этой психопатологической мозаике преобладают незрелость, а также отсутствие связи между различными секторами психо­соматической личности.

С конца второго года поведенческие характеристики опре­деляются точнее. Сцену клинических проявлений захватывают поступки и действия, причем эмоциональные выбросы отреаги-руются непосредственно, без контроля и проработки путем мен-тализации. Один из поведенческих аспектов патологии был де­тально рассмотрен на примере нанизма9, вызываемого психоло­гическим страданием; речь идет об отклоняющемся пищевом поведении и особых нарушениях сна. Powell описал любопыт­ные недифференцированные булимии и полидипсии10 у таких детей, без разбору поглощающих пищу в необычайных количе­ствах.

Наиболее удовлетворительная нозологическая рамка для структурных неорганизованностей — это, я думаю,, **погранич­ные детские патологии,** описанные R. Mises (1990). Она пере­дает своеобразие этих смешанных состояний, располагающихся

*Нанизм* (от греч. nanos— карлик)—ненормально низкий рост челове­ка {для мужчины ниже 130 см, для женщины ниже 120 см), обуслов­ленный обычно поражением желез .внутренней секреции *{примеч. ред.). Полидипсия* (от греч. polys — многий, dispa — жажда) — повышенное потреб­ление жидкости вследствие патологически усиленной жажды *[примеч. ред.).*

**1.13**

между неврозом и психозом, но не являющихся ни тем, ни дру­гим. Это в некотором роде предварительные формы погранич­ных состояний отрочества и зрелого возраста. Характеристики структурной неорганизованности в рамках этой сложной груп­пы имеют то преимущество, что подчеркивают один за другим признаки высокой психосоматической уязвимости11.

Структурные неорганизованности перечислены в классифи­кации L. Kreisler, относящейся к психопатологии младенчества (1984, 1989).

Отдаленные последствия формального поведения и струк­турных неорганизованностей у маленьких детей возвращают нас к многократно обсуждавшейся проблеме прогноза эмоциональ­ных изъянов раннего возраста. Мнения по этому поводу выска­зывались противоречивые — от весьма пессимистических до бо­лее нюансированных (Y. Gauthier, 1982).

В этот спор я могу привнести лишь ограниченный опыт мо­нографических наблюдений, имеющих, однако, то достоинство, что в их ходе совместно рассматривались взаимодейственные и структурные этиологические условия.

Эти исследования привели меня к убеждению, что упомяну­тые первоначальные структуры, вызывающие беспокойство, мо­гут возвращаться к норме, но при условии, что будет сделано самое главное — и сделано вовремя. Очевидно, что лечение тем эффективнее, чем моложе подвергнутый ему ребенок, и что даже самым маленьким необходимо длительное долечивание. Один та­кой ребенок поступил в наше учреждение в 14-месячном возра­сте с мерицизмом — под налепленным ранее ярлыком отсталос­ти, которую семья считала непоправимой. Теперь мальчику пять лет, он вполне хорошо адаптируется в семье и школе, но для этого понадобилась все еще продолжающаяся психотерапия. От­чет о ней дан в книге R. Debray.

В противоположность благоприятному развитию существует эволюционный риск, хорошо проанализированный R. Mises в

11 В новой «Французской классификации детских психических рас­стройств» (Mises R., Jeammettial F. Classification francaise des troubles inentaux de i'enfance, 1988) пограничные патологии отнесены к «рас­стройствам личности помимо невроза и психоза» в подразделе «нар-циссические и/или аналитические патологии, хронические депрессии, заброшенность» в качестве фона таких синдромов, как мерицизм и на­низм, вызванных психологическим страданием (Kreisler L., 1981, 1987).

связи с детскими пограничными патологиями. Один из таких рис­ков среди прочих — это появление в дальнейшем серьезных рас­стройств личности типа пограничных состояний.

Таким образом, можно уловить преемственность с детства до отрочества и зрелого возраста и особо указать на постоян­ство серьезнейшей психосоматической уязвимости, главные при­знаки которой:

— эссенциальная депрессия в виде фона;

— недостатки объектной функции;

— фундаментальные слабости ментализации, касающиеся, в частности, способностей к формированию представлений; выше было отмечено, что, по сообщениям некоторых авторов, «погра­ничные» пациенты не могут обрести «метапредставление», что приводит к неполноценности в межличностном общении.

Не следует также упускать из виду преобладание нарцис-сических типов поведения. Один из них особо изучен в психо­соматической клинике (A. Dingli"), а именно господство «иде­ального Я». В противоположность «идеалу Я», возникающему в самых утонченных инстанциях, «идеальное «Я» отображает нар-циссическое всемогущество наподобие детской мегаломании13.

Эту преемственность можно назвать психосоматической ли­нией пустоты. Первоначальные изъяны кроются у младенца в хронической недостаточности привязанности.

**Заключение**

**Качественные и количественные нарушения привя­занности влияют на всю эмоциональную организацию и вре­дят построению психосоматических защитных механизмов в настоящем, а иногда, по-видимому, и в будущем.** Обстоятель­ства, угрожающие маленькому ребенку в наших цивилизаци-онных условиях, не чужды современным формам психопатоло­гии отрочества и зрелого возраста. Эти формы все чаще выглядят атипичными и обладают такой общей чертой, как ущербность способностей к общению. В этих ненадежных струк­турах занимают видное место неврозы поведения и неврозы характера, сопряженные с высоким психосоматическим риском.

2 *DingliA.* Le Moi ideal de toute - puissance narcissique (устное сообще­ние), 1986. Мегаломания — бред величия *[примеч. ред.).*

155

**Травмирующее явление в психосоматической патологии**

Наблюдателя психосоматической патологии нередко удивляет очевидность конфликтных условий. Возможно, следует увязать с этим фактом часто отмечаемую этиологическую яс­ность начала психосоматической дезорганизации по сравнению с туманом, которым окутаны неврозы или психозы.

**Постоянные травмирующие ситуации** надо отличать от еди­ничных травмирующих событий. Патогенные взаимодействия, описанные выше, могут ввиду их размаха становиться травми­рующими, дающими толчок соматизациям.

Примером последствий долговременной травмирующей си­туации может служить нанизм, вызванный психологическим стра­данием, о чем свидетельствует возобновление секреции гормо­нов после приостановившегося было роста буквально с того мо­мента, когда ребенка забирают из его неблагополучной семьи.

**Пусковое событие** ставит общую проблему психотравматиз­ма: его интенсивность, внезапность, непредвиденность, влияние на предсуществующую психическую организацию, функциони­рование которой он изменяет.

В психосоматической клинике травмирующее событие в ре­зультате ненадлежащего воспитательного воздействия либо из­быточного заряда возбуждения часто влечет за собой слом пси­хических механизмов защиты от соматической дезорганизации. Пример тому в самом раннем возрасте — резкий отрыв ребенка от матери, погружающий его в тревожное смятение и/или в анак-литическую депрессию.

Травмирующее событие оказывает воздействие не только са­мой своей сутью, но и эмоциональным откликом, который оно находит у субъекта. Так, заурядное (с точки зрения взрослого) событие — рождение младшего брата или младшей сестры, по­ступление в школу, переезд на новое место жительства, неслож­ная хирургическая операция и т. п.— может иметь такое же вли­яние, как хронический семейный конфликт, уход одного из родителей, смерть близкого человека, пробуждая тем самым из­начальные, главные страхи (расставания, уничтожения, кастра­ции), предшествующие опыты, реальные или фантазматические. Отсюда два важных вывода.

1. Отслеживание травмирующих событий и ситуаций пред­ставляет собою одну из самых доступных для практической ме­дицины областей наблюдения и лечебного воздействия. Суще­ствует много примеров, когда изменения среды резко прерыва­ли бронхопатии, связанные с неустроенной жизнью малыша,

когда рецидивирующие головные боли или боли в животе пре­кращались после снятия напряжения в школе, когда приступы астмы больше не повторялись благодаря разрешению конфлик­та между родителями.

2. В силу самой очевидности психотравмы возникает риск чисто событийного подхода к ней. Встречаются психосоматичес­кие исследования, основанные на перечнях единичных ситуа­ций и статистическом их истолковании, психотравму упрощен­но рассматривают по модели «стресса».

**Психические процессы соматизации Депрессия — перевозбуждение**

Под процессами соматизации подразумевается действие психических механизмов, приводящее к повреждению психоэмо­циональной экономики и, как следствие, к психосоматической дезорганизации.

Главные процессы соматизации у детей — это депрессия и перевозбуждение. Конечно, эмоционально незрелые дети исполь­зуют средства телесного самовыражения, соответствующие низ­шим по отношению к их действительному возрасту стадиям эво­люции либидо, например энурез или регрессивные формы пи­щевого поведения, однако такие дети, кажется, не особенно подвержены соматизациям болезненного типа.

Эссенциальная депрессия и перевозбуждение имеют общим следствием приостановку ментализации: в первом случае — по­средством опустошения (vidage) эмоционального мышления, во втором случае — посредством чрезмерного внешнего или внут-рипсихического давления.

**Депрессия у младенцев4**

Соматическую защиту сокрушают дезорганизующие психические механизмы, самым очевидным вариантом которых является депрессия. Она служит одним из наиболее частых пси­хических обстоятельств, способствующих вспышке болезней. Она может поражать какую-либо из упомянутых чуть выше уязви­мых структур, но может случиться и у «беспроблемного» преж­де ребенка вследствие травмирующего объектного изменения.

Депрессия у младенцев была предметом ряда исследований, проведен­ных в 1981 — 1989 годах. Иногда я называл ее «пустой депрессией» или «белой депрессией», соответствующей описанной P. Marty эссенциаль-ной депрессии у взрослых.

**157**

В психиатрию младенчества понятие депрессии ввел R. Spitz, в 40-х годах XX в. мастерски описавший ее под названием анак-литической депрессии. По этимологии это прилагательное гово­рит об опоре — опоре раннего развития на отношение привя­занности к матери. Речь шла о полном отрыве детей от семьи при их помещении в ясли, где царили тяжелые фрустрации. Толь­ко возобновление связи с матерью останавливало расстройства. Было подмечено (и это важно), что анаклитическая депрессия развивается не ранее второго полугодия жизни.

Описание, которое дал R. Spitz (1946), по-прежнему верно и актуально. Оно было обогащено и уточнено благодаря многочис­ленным исследованиям, среди которых занимают свое место со­ображения, высказанные мною в книге «L'enfant du desordre psychosomatique» (Kreisler L., 1987) с целью объяснить клиничес­кие наблюдения. Главные выводы таковы.

**Депрессия у младенцев есть острое или подострое15 нару­шение развития, вызываемое разрывом связи с матерью и по­ражающее ребенка в самый разгар формирования объектных отношений, т. е. в среднем между 6-м и 18-м месяцами жизни; важнейшая психическая составляющая этого расстройства — атония, лишающая малыша вкуса к общению и к жизни.**

Уточнение семиологии16 позволило мне распознать наряду с классической депрессией R. Spitz различные другие психокли­нические формы. Однако это разнообразие не нарушает един­ства первичной депрессии. Она представляет собой **фундамен­тальную эмоциональную атонию,** а не просто печаль и тоску. Эти новые знания вынесены именно из психосоматической кли­ники младенчества — наблюдений тяжелой бессонницы и ано-рексии, мерицизма, подверженности инфекциям, приостановки роста и т. д.

Самые яркие симптомы — это изменения в поведении, рез­ко контрастирующие с предшествующим габитусом (внешним ви­дом) малыша, общее снижение активности и в особенности без­различие, унылое безразличие, без жалоб и слез: холодная депрессия, можно сказать, белая депрессия. Тут вся семиология сплошь отрицательна: психическое и моторное гипофункциони-

15 Развитие болезненного процесса в течение нескольких часов или дней считается острым; если окончательное формирование устойчивых симп­томов происходит в течение нескольких месяцев, то речь идет о под-остром развитии (примеч. ред.).

16 *Семиология* — учение о признаках (симптомах) болезней и патологичес­ких состояний *[примеч. ред.).*

рование, гипореактивность, атония общения. Поведение отмече­но возрастанием интереса к неодушевленным предметам в ущерб контактам с людьми. Действия монотонны, лишены эмоциональ­ной окраски, втянуты в повторяющийся замкнутый круг влече­ния к смерти.

Разлука — важный фактор депрессии у младенцев, но не единственная форма патогенного нарушения. Во многих случа­ях депрессия наступает при контакте с матерью, присутствую­щей физически, но отсутствующей духовно. Обстоятельства бы­вают разные. Некоторые очевидны, как, например, полная заб­рошенность ребенка, так называемый «домашний госпитализм». Другие более замаскированы, как, скажем, внезапное невнима­ние к ребенку по той или иной причине.

**В особенности поражает, сколь часто депрессия у малы­шей развивается на фоне скорби или депрессивных декомпен­саций** у **матери.** Их причиной чаще всего служат смерть друго­го ребенка в утробе, при родах или вскоре после рождения, аборт. Распознание этих обстоятельств — ключевой момент лечения.

Погружение матери в депрессию резко, поистине мутаци-онно изменяет взаимодействие. Богатая, счастливая, активная, живая связь замещается бедными, тусклыми, мертвенными об­менами. С этого времени начинается цикл отрицательных трансакций между двумя депрессивными партнерами.

При наблюдении за депрессивным малышом в ситуации вза­имодействия обнаруживается падение инициативности и реаги­рования на побуждения. Анализ поведения выявляет один срыв в общении за другим. Они особенно бросаются в глаза, когда сравниваешь поведение в ходе взаимодействий до, во время и после депрессивной декомпенсации.

Один из наиболее значимых аспектов взаимодейственной семиологии открывает нам взгляд депрессивного ребенка, варь­ирующий во времени: пристальный, немигающий, он на мгно­вение отводится, когда к малышу подходят или берут его на руки, становится пронизывающим, настороженно-ледяным, а секунду спустя — опять депрессивная пустота, странная и тревожная.

Прогноз тесно связан с возможностью исправить патоген­ные условия; их длительное сохранение ведет к хроническим нарушениям, которые лежат в основе уже другой стадии рас­стройства — стадии постоянных фрустраций, хронически недо­статочной привязанности с различными клиническими проявле­ниями. Одно из наиболее показательных — формальное поведе­ние маленького ребенка.

Функционирование психики при депрессивной пустоте имеет определенные черты сходства с формальным поведением ребенка, при той лишь оговорке, что такое функционирование складыва­ется очень быстро под влиянием новых отношений, прерываю­щих траекторию развития, и на ограниченный срок, если анор­мальные обстоятельства исчезают, рискуя, однако, наложить на личность более или менее длительный и глубокий отпечаток.

Эти черты родства хорошо заметны при наблюдении.

К нам привели на осмотр Марка, у которого подозревали психосоциальный нанизм. В три года он имел рост полутораго­довалого ребенка, был хрупкий, с тонкими, нежными чертами лица, правильного телосложения. Рост замеддился в возрасте 11 месяцев, что совпало с передачей мальчика в семью, где он все еще находился к моменту осмотра. Мать его бросила, ребе­нок долгое время провел в приюте.

Он был поразительно пассивен, безразличен и грустен, не смеялся и не плакал, даже когда брали кровь на анализ. О кор­милице отзывались как о ригидной педантке. На теле ребенка не раз замечали синяки, которым не было правдоподобных объяс­нений.

В ходе консультации проявились особенности формального поведения — слишком легкий и анонимный контакт с присут­ствовавшими людьми. Социальная работница подтвердила: «Он идет за кем угодно». Игровая деятельность была последователь­ной и логичной, но повторяющейся, без малейшего всплеска во­ображения, она мотивировалась чередой фактических, реальных ситуаций. Отсюда возникало тягостное впечатление эмоциональ­ной пустоты и поисков убежища в монотонном поведении.

Вскоре после консультации Марка отдали семье, претендо­вавшей на его усыновление. Два месяца спустя он подрос на несколько сантиметров, ему пришлось дважды сменить обувь! Поведение нормализовалось, причем мальчик выказывал особую привязанность к приемной матери.

Как мы уже подчеркивали, подобные расстройства обрати­мы при условии надлежащего и своевременного вмешательства.

**Аналитическая депрессия и эссенциальная депрессия**

Часто говорят, что анаклитическая депрессия есть про­тотип всякой депрессии, поскольку во всех случаях наблюдает­ся такой первостепенный феномен, как утрата объекта. Я до­полню этот афоризм утверждением, что первичная депрессия есть матрица эссенциальной. Между ними существует более чем

аналогия или идентичность не только в смысле определяющего фактора — утраты объекта, но и в смысле динамики и психи­ческой семиологии.

Младенец входит в анаклитическую депрессию после пред­варительной фазы тоски, подобно тому как взрослый впадает в эссенциальную депрессию, пройдя период диффузного страха.

Депрессивная атония у малышей, говорит R. Spitz (1946), на­ступает постепенно, в течение нескольких недель, после фазы слезливости, докучливого поведения, а затем криков. Robertson (1958) называет фазу криков фазой протеста и тоски, предше­ствующей отчаянию, за которым следует отрешенность.

Описанная у взрослых P. Marty (1968) под названием эссен-циальной депрессии детская депрессивная атония может наблю­даться в любом возрасте — от младенческого до отроческого. Ее клинические проявления бывают либо очевидными, либо сма­занными, даже замаскированными такими симптомами, как ас­тения у ребенка старшего возраста или у подростка. Эти про­явления сплошь негативны: заторможенность, инертность, безразличие — без тоски или хотя бы грусти. Механическая мо­нотонность поведения при депрессивной пустоте близка к мо­нотонности формального поведения. У ребенка, как и у взрос­лого, депрессивная атония является важнейшим механизмом психосоматической дезорганизации. Она сопряжена с самыми различными болезнями. Напомним о примечательных соответ­ствиях, открытых в ходе современных биологических исследо­ваний, например об «иммунитарных» депрессиях, совпадающих с обстоятельствами скорби (Consoli, 1988).

Известно, что депрессия у малышей развивается избиратель­но, начиная с шестого месяца жизни, в период, когда складыва­ются объектные отношения. Между тем поведение, указываю­щее на депрессию, можно наблюдать и у двухмесячных крох: застывшее выражение лица, отсутствие смеха и улыбок, замед­ленность движений, бедность гуления, отведение взгляда, стер­тость поведения, обусловленного врожденными способностями к восприятию и реагированию.

Такое поведение малышей было описано Т. Field (1984) в свя­зи с депрессией у матери. Мы обнаруживаем его и при назван­ных выше соматических патологиях раннего возраста, особенно при анорексиях, тяжелые формы которых суть проявления деп­рессивного упадка сил. Эти наблюдения никак не затрагивают суждения R. Spitz о генезисе анаклитической депрессии, которая поражает ребенка, прошедшего стадию второго организатора

11-1405 16]

(страх чужих и страх разлуки), но тут встает проблема первич­ных депрессивных явлений.

J. Sandier и W. Joffe (1965) описали депрессивное реагиро­вание как человеческую способность, имеющуюся у любого ин­дивида. Возможно, сверхраннее проявление такого реагирова­ния отмечается в экспериментальной ситуации взаимодействия, когда мать с каменным лицом встречает заигрывания своего ма­лыша, а тот сейчас же строит депрессивную рожицу.

**Первичную депрессивную реакцию, я думаю, можно рас­сматривать как предварительную форму эссенциальной деп­рессии, указывающую на упадок жизненных инстинктов.**

**Перевозбуждение**

Опыт работы с детьми и младенцами убедил меня, что перевозбуждение является вторым после депрессии важнейшим процессом соматизации (Kreisler, 1987). Его результат: не в си­лах выдержать внешние давления или страх, психика терпит по­ражение, перестает выполнять свою охранную роль.

Страхи, порождающие дезорганизацию, диффузны, т. е. ли­шены образного наполнения; пациент не может распознать ни их причину, ни их содержание. Они восходят к архаическому страху ребенка при исчезновении матери.

Надо заметить, что, как пишет P.Marty (1980), «диффузные страхи часто предшествуют эссенциальной депрессии. Автома­тичные в классическом смысле, завоевывающие человека, они могут быть также названы эссенциальными, ибо выражают глу­бокую тоску индивида, провоцируемую наплывом инстинктив­ных движений — не обуздываемых, потому что иным образом они не способны ни возникнуть, ни, кажется, получить выражение. "Я", захлестнутое волнами, показывает тем самым слабость сво­ей защиты, недостаточность своих средств, изъян в своей орга­низации, дезорганизованность. Страх больше уже не служит сиг­налом тревоги, который обычно замолкает, когда срабатывают защитные механизмы. Он становится постоянным сигналом тре­воги. Будучи автоматичными, эти диффузные страхи воспроиз­водят архаическое состояние сломленности. Они не основаны на системе фобий, возникающих из вытеснений. Какая-либо пси­хическая работа по налаживанию связи становится невозмож­ной. Фобогенный объект непредставляем и непредставим».

Таким образом, перевозбуждение, как и эссенциальная деп­рессия, возвращает нас к главной идее наших психосоматичес­ких концепций — идее соответствия между психосоматической

дезорганизацией и неудачей психической проработки, в особен­ности блокированием или подавлением эмоций, представлений и символизации.

**В центре психосоматической экономики индивида находит­ся регулирование возбуждения.**

**Ill**

**ПЕРВООСНОВЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Различные отправления младенца, сопряженные с психосоматическим риском, а также взаимодейственная среда, в которой они осуществляются, явились предметом осмысления в их топических, динамических и особенно экономических преломлениях.

Не были обойдены вниманием и психические механизмы со­матизации: у детей это, с одной стороны, эссенциальная деп­рессия (как, впрочем, в любом возрасте), а с другой — перевоз­буждение.

Однако все еще недостаточно освещены генезис этих струк­тур, причины склонностей к депрессии или к отказу психичес­ких механизмов защиты от перевозбуждения. Особенно велики пробелы в знаниях о собственных предрасположениях субъек­та, врожденных либо приобретенных благодаря первоначальным опытам.

**Составные части и средства психосоматической экономики**

**Способности новорожденных к восприятию и реагированию**

Новорожденный, имеющий тонкую чувствительность, подчиненную вместе с тем временным неравномерностям и про­странственной разнородности восприятий, пребывает первые недели в недифференцированном мире телесно прожитого (un vecu corporel), куда включена и его мать. Межфункциональная координация обеспечивается материнскими заботами. При от­сутствии надлежащего воспитательного воздействия младенчес­кие отправления рискуют надолго застрять в своей первоздан­ной анархической независимости. Если важные органические Функции не укоренены в объектном воспитательном воздействии, не взяты в рамки адекватного руководства, лишены опоры,

и\* 163

они могут втянуться в круговорот повторений с высоким рис­ком автоматизма, как это происходит при тяжелых анорексии и бессоннице.

Термин «компетенция» применительно к новорожденному означает его врожденную тройственную способность восприни­мать сигналы, подаваемые матерью, реагировать на эти сигна­лы и провоцировать их. Вопреки давним представлениям, ново­рожденный — вовсе не пассивный сосуд. Равным образом он не сосредоточен полностью на самом себе в монотонном чередова­нии напряжения и разрядки, голода и его утоления, бодрство­вания и сна. Бесчисленные работы показали, что у него с само­го рождения имеются возможности, о которых прежде никто и не подозревал, различать голоса, запахи, цвета и даже воспро­изводить кое-какую мимику.

Взаимодейственная система многоканальна. Обладая богатым набором средств общения, новорожденный тут же принимается всячески использовать не только давно известные оральные, чув­ственные и кинестезические, но и моторно-сенсорные, обоня­тельные, зрительные, слуховые способы.

Короче, в «компетенцию» новорожденного входят чувстви­тельность и восприимчивость к индуктивным возбуждениям, адаптация к ним взаимодейственного поведения, деятельность.

Но при всем своем совершенстве эти способности частич-ны и ограничены известными пределами. Вот они:

— лабильность и относительная асинергия действий, связан­ных с «компетенцией», на протяжении первых недель жизни;

— совпадение автоматических действий, подчиненных ней-робиологическим ритмам, и тех, что определяются функциони­рованием различных систем органов;

— неравномерность восприимчивости, согласующейся с раз­личными «состояниями» (Brazelton), в которых находится ребе­нок, в зависимости от уровней внимания, а также от хорошего (или плохого) самочувствия, связанного с удовлетворением (или неудовлетворением) потребностей;

— разнородность восприятий, которые, так сказать, раздроб­лены на отдельные пространства — оральное, осязательное, обо­нятельное, слуховое; получается ряд несубстанциальных движу­щихся картинок, ряд эгоцентрических, не координированных между собою пространств.

В связи с этим интересно напомнить о гипотезах, которые P. Marty разработал для самого раннего возраста, исходя из «ме­ханической жизни» взрослых.

Он называет программированием склонность и стремление познавать и психически осваивать объект в рамках врожден­ных программ. Описывая инициальное состояние, он метафо­рически сравнивает его с мозаикой: органические функции плот­но прилегают одна к другой, действуют бок о бок, но относи­тельно независимо друг от друга и в автоматическом режиме.

**Первичная материнская функция**

С точки зрения психосоматической экономики она име­ет множество предназначений:

— удовлетворять основные физиологические и инстинктив­ные потребности ребенка;

— защищать дитя не только от внешних опасностей, но и от вредных возбуждений среды (избыточной стимуляции). Роль «предохранителя от возбуждений» мать выполняет, пока психи­ка малыша не научится самостоятельному защитному функцио­нированию. Это фундаментальное понятие относится в психо­соматической клинике к количественной стороне патогенных явлений. Оно обосновывает различение противоположных этио­логических влияний: с одной стороны, избыточный заряд воз­буждения, с другой — его недостаточность или отсутствие;

— угадывать свойственные ребенку ритмы и следовать им;

— улавливать и интерпретировать «компетентные» поступ­ки, реагировать на них прикосновениями, голосом, жестами, на которые, в свою очередь, ответит ребенок,— так налаживается и поддерживается цепочка взаимодействий;

— вызывать «компетентные» поступки. «Компетенция мла­денца индуцирует материнскую компетенцию. Материнская ком­петенция раскрывает компетенцию младенца» (Cosnier);

— обеспечивать связь между поступками, эмоциями и со­матическими отправлениями.

Важнее всего:

— межфункциональная связь;

— защита и регулирование с целью затормозить возбужде­ние. (Я уже говорил о центральной роли возбуждения в психо­соматической проблематике.)

Наконец, последнее по порядку, но не по значению: мате­ринская функция не может выполняться надлежащим образом б подключения отца. Так, действительная или фантазматичес-

безотцовщина занимает свое место в психосоматической кли­нике детей-астматиков.

1fi.S

**Взаимодейственные начала психосоматической экономики**

Полнота, гибкость и стабильность — вот три важней­ших качества, необходимых для того, чтобы взаимодейственное функционирование обладало хорошим психосоматическим сопро­тивлением.

Мы назвали качества психосоматического функционирова­ния, достигшего совершенства. Примечательно, что те же са­мые качества требуются и младенческой функциональной эко­номике на первоначальном этапе, когда она сопряжена с мате­ринской.

**Стабильность и последовательность** обеспечивают собира­ние еще разрозненных частиц «перемозаики»; стабильность ос­новывается прежде всего на непрерывности отношения к объекту, последовательность — на соответствии материнских забот и ре­акций нуждам ребенка. Но есть еще ритмическая гармония: по­качивание ребенка на руках в такт шагам, песни и переливы голоса, «разрезание» суток на временные промежутки, общие для ребенка и его окружения.

**Проницаемость** означает гибкое обоюдное приспособление к бесконечным пространственно-временным зависимостям.

**Полнота** заключает в себе все богатство фантазматического взаимодействия, эротизирующего тело ребенка и пронизываю­щего воспитательное воздействие, которому он подвергается че­рез эмоциональную поддержку, закрепленную в воображении матери, которая представляет настоящее и будущее малыша и строит для него планы.

Запечатление образных представлений опирается на конк­ретные сенсорно-моторные опыты,

Хороший тому пример — общение взглядами. Лицо — это зри­тельный стимул, который ребенок в первые месяцы получает чаще всего, оно западает в его память уже на шестой неделе. Лицо матери служит для малыша также первым зеркальным отраже­нием (Winnicott, 1941). Глядя на партнера, словно в зеркало, мать узнает себя в своем ребенке, а ребенок открывает себя в ней. Развитие зрительной функции играет важную роль в налажива­нии психических интернализаций. В частности, зрительное вос­приятие выпуклости и глубины, по-видимому, участвует — вмес­те с осязанием и тоническим диалогом — в формировании поня­тий о «себе» и «других», о расстоянии до того или иного объекта.

Непрерывность и гибкость подчеркивают значение времен­ных качеств взаимодействия.

Построение психики и ее экономическое равновесие подчи­нены ритмическому чередованию — расчленению во времени сна и бодрствования, а у бодрствующего малыша — периодической смене фаз спокойного уединения эпизодами взаимодействия, многие из которых носят игровой характер. У всякого взаимо­действия, продолжается ли оно несколько секунд или много ми­нут, есть вступительная фаза, период развертывания и заклю­чительный отрезок. Каждая из этих фаз подчинена определенно­му темпу, варьирующему в зависимости от темы взаимодействия, но все же весьма упорядоченному.

Один из сюрпризов, преподнесенных нам видеоскопическим микроанализом,— синхронность поведения обоих партнеров, в частности, под влиянием эмоциональной настройки (Stern). Ма­лыш и его мама исполняют взаимодействие, как парный танец — с темой, ритмическими структурами, повторениями и вари­ациями. Повторение тут — важнейшая черта, но каждая из по­вторяемых фигур, на беглый взгляд аналогичная другим, укра­шена едва заметными вариациями. Варианты так же необходи­мы для построения психики, как и их пространственно-временное обрамление.

Это сравнение с парным танцем и его музыкальной струк­турой будет неполным, если не уточнить тональность. Она ма­жорная, радостная.

Когда поведенческие, воображаемые и фантазматические взаимодействия «достаточно хороши», запечатление образных представлений происходит под знаком жизненных инстинктов.

**Жизненный тонус** — это настороженность, живое внимание, поражающее нас в ребенке с самого его рождения; готовность не только есть с аппетитом, но и «аппетитно» смотреть, позна­вать, общаться по всем каналам сознания; тяга к привязаннос­ти, пронизывающая все отношенческие и инстинктивные поступ­ки, удовольствие от движения.

Оценка психосоматического состояния ребенка — это во мно­гом оценка его жизненного тонуса, любви к жизни. О жизнен­ной важности этих симптомов свидетельствует их ослабление при депрессивной атонии.

Неодинаковость соматических реакций разных людей на трав­мирующие влияния заставляет задуматься о собственных пред­расположениях субъекта, врожденных и/или приобретенных бла­годаря первоначальным опытам. Эти различия составляют часть сложной проблемы соматической податливости, много раз об-сУждавшейся со времен S. Freud, и вопросов, возникающих по поводу уязвимых детей. Упомянутые различия родственны так

167

называемому темпераменту — этим понятием в англосаксонской литературе обозначают индивидуальные качества, особенно по­веденческие (Thomas, Chess и др., 1963).

Различия зависят от генетического оснащения, от условий внутриутробного развития, как биологических, так и психологи­ческих, от протекания родов, от последующих обстоятельств жиз­ни и окружающей ее среды. Отсюда такие особенности, что ни один новорожденный не идентичен другому. Индивидуальность очень важна для понимания ранней патологии и для дальней­шего психосоматического развития ребенка.

Целый ряд психосоматических патологий раннего возраста возникает в результате конфликта между женщиной, стеснен­ной в реализации своих первичных материнских способностей, и малышом, уязвимым по причине его чрезмерной либо недо­статочной реактивности (гиперреактивность либо гипореактив-ность).

**Восприимчивость,** как уже говорилось,— способность врож­денная. Первичный аутизм, описанный Margaret Mahler (1952),— это надуманная схема, опровергаемая наблюдениями за младен­цем с самого его рождения. Тонкость восприятия проявляют все органы чувств. Новорожденный быстро начинает различать за­пах, голос, лицо матери, характер ее манипуляций и вскоре вос­принимает эти знаки как сигналы в общении. Добавлю, что вос­приимчивость сильно варьирует от индивида к индивиду. Так, малыши, наделенные очень тонкой восприимчивостью, особен­но подвержены воздействию перевозбуждения, как мы подроб­нее покажем на примере ранних психосоматических проявле­ний. Противоположность им — дети, менее чувствительные к вне­шним влияниям, но тоже вполне нормальные.

Велики также **индивидуальные различия характеров.**

Бывают малыши шумные, приставучие, улыбчивые (хотя они вовсе не эссенциальные аллергики, как показывает их реакция на чужака). Другие, напротив, серьезны, сдержанны, однако не грустны и не безразличны.

Бывают дети с ровным настроением, относительно малочув­ствительные к изменениям среды. Другие быстро переходят от смеха к слезам, от веселья к печали, от спокойствия к тревоге.

**Семиология эмоционального влечения в его вариантах** дос­тойна того, чтобы поговорить о ней отдельно. Оценка этих ва­риантов — не последний критерий психического и физического здоровья с самой колыбели.

**Первоначальные ядра и психосоматические эволюционные линии (L. Kreisler, 1990)**

Анализ психосоматических расстройств, проявляющих­ся в раннем возрасте или много позже, позволяет вычленить линии уязвимости, относящиеся к 1) тонкости восприятия; 2) ак­тивности и пассивности; 3) особенностям тонуса; 4) насторожен­ности; 5) эмоциональным и тимическим (от «thymie» — «тимия», индивидуальное поведение.— *Примеч. пер.)* влечениям, а также к депрессивному реагированию.

Каждая из этих особенностей может обусловить возникно­вение в раннем возрасте психосоматических предрасположений, имеющих определенную специфику; такие предрасположения мы назвали **«первоначальными психосоматическими ядрами».**

Они могут давать начало **эволюционным линиям,** закрепля­ющимся в непрерывном функционировании психики на корот­кий, средний или долгий срок.

**Термином «первоначальное психосоматическое ядро» я обо­значаю физио- и психопатологические характеристики, закреп­ленные одновременно в организме и в психике под взаимодей­ственным влиянием первых отношений, а также имеющиеся у ребенка биологические и психологические предрасположения.**

**Эволюционные линии можно определить как векторы, ибо они являются носительницами17 одновременно соматических, психологических, реактивных и взаимодейственных специфи­ческих качеств.** Термин «векторные» предложил М. Fain.

Конкретизируем сказанное на примере **астматической болезни.**

Этиологическое единство астмы, которую некогда приписы­вали исключительно аллергии, ныне оспаривается многофактор­ной концепцией болезни. По новым представлениям, аллергия виновна в большинстве случаев, но не во всех.

Наиболее постоянным патофизиологическим фактором при астме является повышенная реактивность бронхов, вошедшая в само определение болезни — бронхиальная астма.

Давно известна эмоциональная ранимость астматиков, одна­ко ей не уделялось достаточного внимания.

Французское слово «vecteur» имеет два значения: в физике и матема­тике— «вектор», в медицине и военном деле — «переносчик, носитель». Таким образом, утверждение автора построено на своеобразной тавто­логической игре слов (примеч. *пер.).*

Существует примечательная психосоматическая согласован­ность между гиперреактивностью бронхов, с одной стороны, и повышенной эмоциональной чувствительностью — с другой: что-то вроде двойной путевой стрелки, возле которой биологические и психические факторы вместе направляют дело к образованию первоначального психосоматического ядра астматической болез­ни— под влиянием отношенческих обстоятельств, выясненных в нашем с М. Fain исследовании (Kreisler, 1987). Некоторые из этих обстоятельств возникают в силу взаимодейственных особеннос­тей, которые препятствуют быстрому развитию самостоятельности маленького ребенка (говорят, что астма — болезнь эмоционально­го роста) и выражению агрессивности. Другие, связанные с ис­ключительно материнской гиперопекой, блокируют участие отца в общении. Наконец, третьи посягают на фундаментальные по­требности ребенка в безопасности и неразрывности, закрепляя в психике уязвимость по отношению к любой ситуации разлуки, воспринимаемой ребенком так, будто его бросили.

Астматическая болезнь — одна из первых патологий, чью непрерывность удалось проследить с детства до зрелого возра­ста. Так называемую эссенциально-аллергическую личность мож­но выявить уже в латентном периоде (Kreisler, 1987). Предвари­тельные формы иногда заметны в самом раннем возрасте.

Итак, можно описать эволюционную линию, свойственную некоторым **формам** астматической болезни.

Эволюционные линии можно сгруппировать по признаку преобладания того или иного патогенного фактора (табл. 5).

Разумеется, это всего лишь схемы. Они допускают поправ­ки, дополнения и никоим образом не лишают психосоматичес­кую клинику младенчества ее крайнего разнообразия, придаю­щего каждому наблюдению свою оригинальность. Схемы имеют прежде всего нозографическую ценность для будущих исследо­ваний по психосоматическим патологиям раннего возраста.

**Линия влечения к господству**

Пара «активность — пассивность» появляется на сце­не уже в самый первый период жизни. Неверно утверждение, будто ребенок изначально полностью пассивен по отношению к матери, если она удовлетворяет его нужды. Еще совсем крошеч­ный малыш взглядом, мимикой, а вскоре и голосом добивается общения. Очень рано он выражает неудовольствие по поводу

пришедшихся некстати понуждений — отведением взгляда и го­ловы, гневной или скорбной мимикой, защитными движениями или криками реагируя на ограничения его деятельности.

И активность, и пассивность разнообразны. В пределах нор­мы бывают дети очень бойкие либо вялые, и эти тенденции мо­гут то вызывать у матери-партнерши благоприятный отклик, то сбивать ее с толку.

*Таблица 5*

**Психосоматическая клиника младенчества Эволюционные линии\*** (Kreisler, 1990)

**Преобладание гиперреактивности**

Линия влечения к господству

Напр.: оппозиционная анорексия, патологии с аналь­ными проявлениями...

Линия гипертонуса и переполненности страхом.

Напр.: колики первого полугодия; раздражимость обо­дочной кишки, колопатии, функциональные головные боли, нарушения сна...

Так называемая аллергическая линия

Напр.: астма, атоническая экзема...

Преобладание **гипореактивности**

Линия пассивности

Напр.: пассивные формы тучности...

Преобладание **депрессии**

Линия пустоты — депрессия, формальное поведение, невроз

поведения, плохо ментализированные неврозы

Напр.: функциональные патологии высокого риска, такие, как мерицизм, депрессивная анорексия; болезненные патологии, могущие затрагивать все си­стемы органов;

аутоиммунные заболевания, ректоколиты; нанизм, вызываемый психологическим страданием.

Линии могут сочетаться,

Равновесие между активностью и пассивностью принимает значительное участие в психосоматической экономике. Откло­нения от него повинны во многих поведенческих и физических расстройствах.

Оппозиционное поведение представляет собою главный пси­хический механизм обычной анорексии второго полугодия и

большинства анорексий у новорожденных. Это отклоняющееся пищевое поведение типично при конфликтном взаимодействии, периодически повторяющемся каждый день на протяжении не­дель, месяцев, иногда лет, между двумя партнерами, упрямо за­нимающими свои позиции: с одной стороны — принуждение, из­бирательно направленное на орально-пищеварительную сферу; с другой стороны — яростное противостояние-сопротивление, яв­ное или скрытое, которое может со временем закрепиться в характере.

Защитные формы поведения дополняют длинный список яв­лений, доказывающих активные способности новорожденных,— вопреки старым работам, где первоначальный нарциссизм трак-товался как прибежище пассивности.

Вопрос об активности и пассивности отсылает нас к поня­тию влечения к господству, значение которого мы, а конкрет­нее М. Soule, подчеркнули в книге «L'enfant et son corps» в свя­зи с произвольной задержкой дефекации, вызывающей в конце концов психогенное растяжение толстого кишечника.

Именно на этой эволюционной линии располагаются и не­врозы характера, как бы спрятанные в детской мегаломании и пробуждаемые «идеальным Я» нарциссического всемогущества.

Достаточно напомнить о том значении, которое приобрело «идеальное Я» в структурах с высоким риском соматизации, с тех пор как его впервые описал и проиллюстрировал впечатля­ющими клиническими наблюдениями Albert Dingli.

Заметим мимоходом, что еще много надо сделать для прояс­нения генезиса «идеального Я» у инфантильных личностей. Мы хорошо знаем патогенную роль подобных личностей — матерей или отцов — в возникновении расстройств у детей.

Итак, линию влечения к господству можно проследить в по­ведении с самого раннего возраста до постоянного закрепления при некоторых неврозах характера у зрелых людей.

**Первичная тоническая гиперреактивность Линия напряжения**

Одно из проявлений психического возбуждения — на­пряженная моторика.

В начальной фазе жизни младенец периодически переходит от напряжения к разрядке и обратно в зависимости от испыты­ваемых им дискомфорта или же удовлетворенности (R. Spitz).

Было бы, однако, натяжкой рассматривать — во имя теории — напряжение и разрядку как двух непримиримых врагов или счи­тать, что возбуждение должно любой ценой сниматься посред­ством разрядки. Некоторая степень возбуждения и напряжения всегда наличествует в общении, имея необходимым следствием психическое присутствие ребенка во взаимодействии.

Врожденные предрасположения у новорожденных неодина­ковы. Физиологический тонус может быть либо чрезмерным — такие ригидные малыши с гипертонусом, говоря языком педи­атров, обладают, кстати, сильной реактивностью,— либо, напро­тив, недостаточным: дети расслаблены, у них так называемый физиологический гипотонус.

R. Spitz (1946) описал при колике первого полугодия настолько повышенный тонус, что его впору было принять за одну из сто­рон соматической податливости данному синдрому; архаические рефлексы срабатывают молниеносно и весьма сильно. К этим особенностям тонуса и рефлексов добавляется крайняя острота восприятия. С самого рождения такие дети поражают осмыс­ленностью взгляда, живостью реакций на раздражители: малей­шее прикосновение к коже, шумы дают толчок двигательным реакциям, иногда метанию и крикам. Малыши остро реагируют на боль, без раскачки переходят от сна к бодрствованию, спо­собности к привыканию у них понижены, что указывает на сла­бость врожденных внутренних «предохранителей от возбужде­ния». У них замечательная взаимодейственная «компетенция», они жаждут общения, ими движут интенсивные эмоциональные потребности.

Эти особенности наблюдаются не только при колике и дру­гих колопатиях раннего возраста, но и при первичной бессон­нице, функциональных рвотах, спастическом плаче, который из­редка может возникать уже в первые недели жизни.

Колику первого полугодия, мы полагаем, следует интерпре­тировать как предварительную форму колопатии. Перспективно рассматривать колики и бессонницы раннего возраста под уг­лом зрения послеродового кризиса, наступающего из-за недо­статочного взаимоприспособления между предрасположенным к расстройству, «трудным» ребенком и женщиной, у которой зат­руднено формирование способностей молодой матери.

У субъектов, изнемогающих от напряжения и дискомфорта, толстый кишечник в любом возрасте служит чувствительнейшей мишенью. У взрослых бывает великое множество колопатии. На­ряду с болями в позвоночнике и головными болями от напряже­ния они относятся к патологии гипертонуса. Кстати, боли в

173

позвоночнике нередко сочетаются с колопатией. P. Marty разгля­дел у больных колопатией возникающие в младенчестве пробле­мы с кишечником, связанные с очень ранними дисфункциями общения, а потом организующиеся вокруг анальности.

На втором или третьем году жизни у таких детей развива­ются упорные поносы из-за раздражимости ободочной кишки (которым часто предшествуют колики первых трех месяцев жиз­ни), а затем, в старшем дошкольном и школьном возрасте, коло-патии, служащие одной из причин рекуррентных болей в живо­те, столь обычных на этих возрастных этапах.

В качестве еще одного примера, иллюстрирующего линию напряжения, можно привести мигрень и функциональные головные боли, возникающие преимущественно в латентном периоде и предотроческом возрасте с многочисленными продол­жениями вплоть до зрелости. Патологии напряжения свойственно приступообразное развитие.

**Гипореактивность Линия пассивности**

Соматическое проявление гипореактивности и пассив­ности мы проиллюстрируем примером тучности в ее рано разви­вающихся формах. Более половины толстяков набирают лишний вес в первые два года жизни. Кстати, такие случаи — самые ре­зистентные. Имеются убедительные доказательства того, что пе­реедание в первые месяцы жизни — главный виновник иногда необратимых нарушений жирового обмена. От перекармливания неотделима окружающая его психологическая обстановка.

Побудительные мотивы матерей столь же сложны, сколь и многообразны.

— Смешение физической крепости с упитанностью, сужде­ние о здоровье малыша по тому, как славно он набирает вес.

— Незрелость некоторых женщин, плохо справившихся с проблемами оральности; некоторые из них в раннем детстве или в отрочестве страдали анорексией, а став взрослыми, страдают булимией, т. е. имеют чрезмерный аппетит.

— Гиперопека, при которой за видимостью беспокойства о ребенке скрываются склонность к резкой смене эмоций, власт­ность, подавление попыток ребенка добиться самостоятельности;

— Наконец, серьезные изъяны в осуществлении воспита­тельного воздействия. За отсутствием подлинных чувств некото­рые матери только и могут, что вталкивать в ребенка пищу.

Что это в итоге приносит ребенку? Набор тенденций, рано закрепляющихся в психике и составляющих психосоматическое первоначальное ядро тучности.

Под ним подразумеваются физио- и психопатологические характеристики, сложившиеся в результате специфических вза­имодейственных отклонений, связанных с перекармливанием и имеющих следствием полифагию (чрезмерное потребление пищи) и булимию. Интересно уточнить составляющие этого ядра.

1) Перекармливание происходит в ущерб объектным отно­шениям, утрачивающим свое либидинальное богатство. Откло­нения простираются гораздо дальше оральной фазы.

2) Удовлетворение потребности раньше, чем она возникла, стирает дистанцию между запросом и его выполнением, то вре­менное пространство, которое необходимо для мысленного удов­летворения желания и для генезиса символического представ­ления.

3) Реагирование на любой дискомфорт или эмоциональный запрос с помощью «пищевой отмычки» приучает субъекта раз­решать любую трудность материальным, механическим спосо­бом — едой, вместо того чтобы прибегнуть к психической про­работке. Сталкиваясь позже, в старшем детском возрасте или отрочестве, с дискомфортом либо конфликтом, пациент вступа­ет на легкий путь, проторенный еще в пору самых ранних отношений.

Подчинение маленького ребенка понуждениям к еде пред­полагает его отменную пассивность, о чем можно судить, на­блюдая сопротивление, которое малыш, страдающий анорекси­ей, оказывает насильному кормлению.

Вокруг этого первоначального ядра и складывается личность тучного ребенка. В дальнейшем она развивается неоднозначно, хотя всегда несет на себе первый отпечаток, иногда закреплен­ный в самой сердцевине личности, иногда невидимый, но обра­зующий точку фиксации (как мы это наблюдали при тучности, развивающейся в латентном периоде или в отрочестве) в не­рвных структурах, зачастую сложных, но хрупких и неустойчи­вых. Испытывая тревогу или оказавшись под угрозой депрес­сии, пациент совершает регрессию к тому периоду, когда доста­точно было поесть, чтобы снять любое напряжение, любой страх.

Противоположность этим невротическим формам являет со­бой так называемая инерционная тучность, при которой прием пищи становится затверженным! механическим действием. Она чаще всего берет начало в самом раннем детстве.

**175**

Такие — иногда довольно серьезные и удручающе резистен­тные — формы тучности наблюдаются в эмоционально бедных семьях, члены которых безмолвствуют за обеденным столом, усердно набивая рот и вперившись взглядом в телевизор. Именно в подобной среде особенно очевиден обмен «дурными манера­ми» между механической жизнью, чью бесцветность скрашива­ет лишь еда, и чрезмерной озабоченностью питанием, сужива­ющей гуманитарные, культурные интересы.

Можно было бы проанализировать и другие векторные ли­нии, а также следы, которыми отмечают личность депривирую-щие события раннего детства, наводящие нас на размышления о генезисе эссенциальной депрессии.

**Линия пустоты** была подробно описана выше с указанием на возможное сохранение изъянов личности в ходе ее развития от младенчества до зрелого возраста: сначала депрессия и фор­мальное поведение малыша, потом невроз поведения и плохо ментализированные неврозы характера. Познавательно в этом отношении недавнее исследование ИПСО, проведенное в сотруд­ничестве с онкологами18.

**Заключение**

Здесь мы лишь бегло коснемся прогноза ранней пси­хосоматической патологии, подсказывающего методику научных исследований.

Есть ли специфика в дальнейшем развитии малышей, стра­давших психосоматическими расстройствами? Отвечая на этот часто задаваемый вопрос, можно констатировать большие инди­видуальные различия.

— **Полное излечение** без позднейшей патологии, доказыва­ющее, что структуры раннего детства отнюдь не предопределя­ют судьбу человека. Очевидно, решающее значение имеют пос­ледующие опыты, которые позволяют заново проработать и ус­воить первоначальные данные; эта возможность возникает как из наследственных достоинств и недостатков, так и благодаря обогащающим контактам с внешним миром.

— **Позднейшая патология, не обладающая, однако, той же спецификой, что и первоначальное расстройство;** этим подтвер­ждается общее положение детской психиатрии относительно

18 *CI. Jasmin et al.* Evidence for a Link between Certain Psychological Factors and the Risk of Breast Cancer in a Case Control Study.— Annals of Oncology, 1990.

пластичности психики у ребенка. По достижении им зрелости лишь немногие его структуры подобны или аналогичны тем, что сложились в раннем возрасте.

— **Позднейшая патология, при которой обнаруживается не­прерывность эволюционных линий,** но только в детстве.

— **Непрерывность соматической патологии с раннего дет­ства до зрелого возраста,** как это было давно выявлено при не­которых формах астмы и тучности, когда вместе с органичес­ким заболеванием обнаруживались линии психологической не­прерывности.

Последнее замечание очень важно.

Большинство поисковых исследований по психосоматичес­кой патологии нацелено на болезни и синдромы в том виде, как они занесены в медицинскую номенклатуру. Однако проблему надо рассматривать исходя не только из соматических характе­ристик, но также и в ее зависимости от психоэмоциональных структур, не забывая две фундаментальные констатации.

— Одно и то же соматическое проявление может обуслов­ливаться различными психическими механизмами или структу­рами, решающими для эволюции расстройства. Так, анорексии бывают оппозиционные, тревожно-фобические и депрессивные, астмы — эссенциально-аллергические, невротические или даже поведенческие.

— Одна и та же структура может давать начало различным соматическим патологиям, как это было с очевидностью показа­но при описании векторных линий.

Из сказанного нами подчеркнем вывод о профилактическом значении ранних врачебных вмешательств, в том числе совмес­тной психотерапии матери и ребенка, приносившей решающие успехи — как с практической точки зрения, так и в плане по­знания патогенных явлений раннего возраста.

**Итоговые замечания**

Психосоматическая патология привлекает внимание те­рапевтической теории и практики к недочетам, слабостям, пус­тотам эмоционального мышления, а если речь идет о младенче­стве— к формам взаимодействий, порождающим «дыры» в Отношениях или дисторсии, которые ведут к образованию объек­тных «трещин». Эта патология отрицательного не может не тре­вожить ревнителей классического психоанализа; такой подход имеет, однако, фундаментальное значение для каждого, кто за­нимается проблемами соматизации, будь то у взрослых, детей

или младенцев. Это составляет немаловажный аспект профес­сиональной подготовки к психосоматической клинике.

Психосоматический подход заставляет выбирать среди раз­личных психоаналитических взглядов, ибо соматизации нельзя осмыслить по традиционным моделям психоанализа.

Наблюдения за младенцами, здоровыми или страдающими какой-либо патологией, показали, что реальный малыш значи­тельно отличается от того, который воссоздается при психоана­лизе. Эти отличия, не разрушающие теорию, внесли в нее част­ные, но важные уточнения, способные изменить устоявшиеся идеи. В свою очередь, эти изменения помогли значительно про­яснить психосоматические патологии, возникающие позднее, в старшем детском, отроческом или зрелом возрасте.

Психосоматика, по своему определению, взваливает на психотерапевтическую практику бремя страждущей плоти. Мно­гие расстройства требуют параллельного психотерапии актив­ного, иногда высокоспециализированного общемедицинского вмешательства. Этот подход ставит немало вопросов, среди ко­торых один из самых деликатных — междисциплинарное сотруд­ничество.

Судьба психосоматики младенчества — быть поделенной меж­ду многими дисциплинами и людьми, участвующими в исследо­ваниях, профилактике и лечении: педиатрами и неонатологами, биологами, психиатрами, психологами и психоаналитиками, со­циальными работниками, этологами и т. д. Каждый из них, руко­водствуясь собственными концепциями, а также интеллектуаль­ными и техническими привычками своей специальности, скло­нен тянуть ребенка к себе. А ведь так и разорвать недолго! Альтернатива разделенности — междисциплинарные связи. Все говорят об их необходимости, и они развиваются. Но сколько же линий связи еще не включено, к великому ущербу для детей...

**Герман ПОЛМАЙЕР**

**ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ ДЕПРЕССИИ ДО СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ1**

Развитие современной психоаналитической теории деп­рессии ведется главным образом в двух направлениях: с одной стороны, это эмпирические исследования (прежде всего непос­редственные наблюдения за детьми} для доказательства прежней теории, с другой стороны, это преимущественно теоретические разработки психологии Я в рамках психоанализа, внесшие из­менения в понимание депрессии, в частности относительно роли агрессии.

**Непосредственные наблюдения за детьми**

Эмпирический психоанализ — если ввести такое по­нятие по аналогии, например, с эмпирической социологией — тесно связан с именами Р. Шпица (Spitz, 1959) и Дж. Боулби (Bowlby, 1951), которые, работая с детьми, получили возможность проверить и пересмотреть существующую психоаналитическую теорию развития человека, в частности младенцев и маленьких детей. Р. Шпиц начал в 1935 г. с систематического исследова­ния предмета, в 1959-м опубликовал первое краткое сообщение о своих результатах, а в 1965-м — их подробное изложение. Боулби представил в 1951 г. результаты своих исследований о последствиях «отлучения от матери» младенцев и детей. Он ра­ботал в Англии, Шпиц — в США. Обе рабочие группы по сей день продолжают интенсивно заниматься исследовательской де­ятельностью, используя приемы экспериментальной психологии и собственные методы. Что дают эти исследования для понима­ния депрессии?

Непосредственные наблюдения за детьми на первом году жизни прежде всего прояснили значение первых, как они на­зываются в психоанализе, объектных отношений. Было показа­но, как младенец воспринимает свое окружение, каковы его от­ношения с первыми окружающими его людьми и каковы его реакции на этих людей. Уже на первом году жизни можно было наблюдать, что уравновешенность поведения маленького ребен­ка в решающей степени зависит от прочности отношений между младенцем и человеком, который о нем заботится. Уже в этот период наблюдаются депрессивные состояния как прямые

Энциклопедия глубинной психологии. Т. I. M., 2000, стр. 707—710.

следствия отделения, пренебрежения или безразличия. Они воз­никают как выражение утраты объекта и могут быть описаны как нестабильность позиции по отношению к объектам. Их можно избежать через развитие прочных объектных отношений, т. е. ус­тановление надежных связей (в младенческом возрасте — все­гда, а при определенных условиях — ив последующей взрослой жизни).

На первом году жизни при нормальном развитии постоянно наблюдается состояние, позволяющее понять значение связи меж­ду младенцем и человеком, который о нем заботится, чаще все­го матерью. В эмпирическом психоанализе (Шпицем) описано явление, получившее название страха восьми месяцев, когда в период первой стабилизации отношений между развивающимся Я и Ты другого человека появление третьего человека сопро­вождается страхом. Примерно в восьмимесячном возрасте мла­денец начинает переходить от преимущественно симбиотичес-ких, слитных отношений с матерью к более дистанцированным, в которых друг другу противостоят два существа. Растущий ин­дивид становится способным воспринимать близкого человека в его своеобразии и благодаря подражанию и идентификации всту­пать в контакты с другим в качестве партнера. Вскоре после этого появляется способность понимать значение «да» и «нет», т. е. воспринимать выражающие согласие или отказ высказыва­ния других, и тем самым создается основа для формирования речи. Этот новый вид отношений представляется благоприятным событием, хотя отделение и не бывает без боли. Это выражает­ся в том, что новая способность и новый тип отношений пона­чалу реализуются только с матерью. Только ее младенец может терпеть как другого, только ей как другому он может радовать­ся. При появлении третьего возникают более или менее выра­женные реакции страха. Это можно легко подтвердить экспе­риментально, если приблизиться к детям этого возраста и по­наблюдать, как они дичатся постороннего, стремятся укрыться, сучат ногами, кричат или плачут и таким образом открыто изве­щают о своем страхе. Они еще не способны переносить каждо­го человека из своего окружения в его своеобразии — для это­го способность к объектным отношениям еще недостаточно ста­бильна. Это восприятие постороннего и реакция страха на него очень напоминают неспособность депрессивных больных вос­принимать и принимать других людей в их своеобразии. У вось­мимесячных детей так называемые объектные отношения в на­чале их формирования пока еще нестабильны. Возникает воп­рос: не нарушена ли подобным образом и у депрессивных

больных способность к стабильным объектным отношениям? Эта гипотеза уже возникала в ходе теоретических рассуждений, и она находит свое подтверждение при непосредственном наблю­дении за детьми. Примечательно то, что при определенных ус­ловиях так называемой нормальной тревоги восьмимесячных может и не быть; такое бывает, когда у ребенка вообще не воз­никает близких отношений с матерью или с замещающим ее лицом. В таком случае посторонний человек, разумеется, не вы­зывает страха, поскольку он вообще не конкурирует с близким.

Особенно важным является наблюдение, что наряду с реак­циями страха маленькие дети обнаруживают также выражен­ные депрессивные состояния, названные Шпицем (Spitz, 1946) анаклитической депрессией. Речь здесь идет о наблюдении, что маленькие дети становятся депрессивными, если в течение дол­гого времени лишены эмоциональных контактов с близкими людьми, точнее говоря, если на долгое время они разлучаются с матерью. Термин «анаклитическая» выражает то, что потреб­ность в опоре на кормящую и защищающую мать остается неудовлетворенной. Эта форма депрессии возникает не ранее чем на четвертом месяце жизни, после того как в отношениях между младенцем и матерью достигнута определенная стабиль­ность2. Если теперь вследствие болезни, смерти или иных серь­езных событий в жизни ребенок разлучается с матерью и ли­шается проявления нежных чувств, он становится плаксивым, робким, безучастным и раздраженным. Отказ от пищи, бессон­ница и подверженность простудным и инфекционным заболе­ваниям делают это состояние близким к серьезным нарушени­ям поведения и переживания. Через три месяца это состояние переходит в «окоченелость», когда ребенок практически не вос­принимает обращение посторонних, в дальнейшем недостаток эмоциональных контактов приводит в конечном счете к смерти. Если столь драматичного конца удается избежать, все же воз­никают тяжелые, отчасти необратимые задержки в развитии.

Некоторые исследователи этих явлений, наблюдаемых у де­тей, лишенных матери или не имеющих эмоциональных контак­тов с внешне присутствующей матерью или замещающими ее людьми, до сих пор отказываются сопоставлять эту депрессию У младенцев и маленьких детей с депрессией взрослых. Лич­ность ребенка по сравнению с личностью взрослого пока еще

Возможно, гипотеза Мелани Клийн о депрессивной позиции означает нечто похожее на то, что здесь излагалось.

1К1

настолько слабо развита и дифференцирована, что о сопостав­лении не может быть и речи. В частности, пока еще вовсе нет таких структур, как Я и Сверх-Я, тогда как конфликт между эти­ми инстанциями и составляет содержание депрессии во взрос­лом возрасте, а потому депрессия у детей должна заключаться в чем-то ином. Однако возникает вопрос: может ли в основе внешне одинаковых явлений, таких, как депрессия маленького ребенка и взрослого, лежать нечто принципиально различное? Как было показано, решающую роль в депрессии взрослых иг­рает переживание утраты — равно как и у маленьких детей. Ибо только те дети становятся депрессивными, у которых были хорошие отношения с матерью, т. е. которым было что терять при разлуке с ней. Во всяком случае в обеих формах депрессии можно усмотреть повторение переживания утраты. Непосред­ственные наблюдения за детьми экспериментально подтверди­ли значение утраты для возникновения депрессии. В этой связи возникает вопрос: имеет ли тематика утраты при депрессии у детей тот же вес, что и при депрессии взрослых? Представля­ется, что здесь имеет смысл не вдаваться в рассуждения о раз­витии Я, а констатировать, что предполагаемую динамику деп­рессии взрослого можно напрямую наблюдать у маленького ре­бенка, а затем поставить вопрос: какие еще другие условия определяют то, что происходит со взрослыми, если не понимать депрессию исключительно как результат нарушенных отношений? Непосредственное наблюдение за детьми помимо значения утраты и объектных отношений выявило и нечто другое, что пред­полагалось при возникновении и течении депрессии у взрос­лых. Это касается способа переработки утрат любимых и желанных объектов. Шпиц наблюдал, что девяти — пятнадцати­месячные дети, испытывающие на себе сильные перепады на­строения матери, едят собственный кал (см. наст. Хрестоматию, т. II, стр.218—220). Матери, страдающие фазическими депрес­сиями, не обеспечивают стабильных отношений со своими деть­ми. Их отношение к детям колеблется между резким отверже­нием и чрезмерной заботой, и это длится неделями и месяцами. Дети таких матерей или соответствующих замещающих лиц не могут соотнести их хорошие и плохие стороны, из одной край­ности впадают в другую. Они постоянно теряют то хорошую, то плохую сторону и в определенный момент развития реагируют на это депрессией. Но дети обращают на себя внимание не только тем, что выглядят депрессивно, но иногда и тем, что едят свои фекалии. Это напоминает процесс поглощения утраченного объек­та любви, с которым продолжается внутренняя полемика, что

сходно с психоаналитической интерпретацией результатов ле­чения взрослых депрессивных больных. В случае детей этот про­цесс очевиден для каждого, кому не кажется большой натяжкой истолковывать фекалии как символ утраченного — будь то сама мать или ее поступки. В определенном возрасте — от девяти до пятнадцати месяцев — дети символизируют защитные механиз­мы интроекции и идентификации как нельзя более наглядно. Можно предположить — хотя, к сожалению, катамнестически это не было прослежено или по крайней мере опубликовано,— что эти дети и во взрослом возрасте реагируют в соответствующих ситуациях депрессивно и страдают депрессией, но не из-за про­цессов, обусловленных изменениями в хромосомах, а в связи с попытками разрешения возникших по вине матери проблем. Но вновь остается открытым вопрос: почему не все дети реагиру­ют подобным образом на депрессию своих матерей, каковы здесь должны быть дополнительные условия?

Непосредственные наблюдения за детьми показывают, что после шести месяцев наступает определенная стабильность от­ношений между ребенком и его ближайшим окружением. Нару­шение этих отношений вызывает тревогу, депрессию и наруше­ние контактов — симптомы депрессии у взрослых. Нарушение отношений всегда является своего рода разлукой и, следователь­но, утратой. Невольные эксперименты, в которых проводились наблюдения за реакциями детей после отделения от матерей, подтвердили значение утраты и лишения любви для возникно­вения депрессии (Bowlby, 1951). Они также показали, что дей­ствительно предпринимаются попытки ее преодоления, такие, как поглощение и идентификация. Эти наблюдения получили так­же подтверждение в соответствующих экспериментах по изуче­нию поведения обезьян (см. наст. Хрестоматию, т. II, стр. 39— 55}. Если кому-то не нравится связывать подобные наблюдения за маленькими детьми и животными с поведением взрослого, то в настоящее время это во многом дело вкуса. Рассуждения о развитии Я в различные периоды жизни, в которых идет речь о невозможности сопоставления упомянутых наблюдений с наблю­дениями у взрослых, пока еще недостаточно обоснованны и без­доказательны. Наблюдаемые явления, бесспорно, сопоставимы, хотя, разумеется, может возникнуть вопрос, не определяются ли они какими-либо другими структурами. Однако выявить такие предполагаемые процессы довольно сложно.

**Отто Кернберг**

**АФФЕКТЫ И РАННИЙ СУБЪЕКТИВНЫЙ ОПЫТ**

Какие у нас есть доказательства, что проявление аф­фектов у младенца сопровождается субъективным переживани­ем боли или удовольствия? В самой постановке этого вопроса отрицается идея ранней субъективности, раннего интрапсихи-ческого опыта до начала развития речи и ранней активации ин-трапсихических мотивационных систем. Исследования состоя­ний напряжения у младенцев, которые возникают после предъяв­ления активирующих аффекты стимулов (такие, как, например, исследование частоты пульса), показывают, что напряжение из­меняется — либо повышается, либо снижается в соответствии с когнитивными характеристиками стимулов. Другими словами, мы начинаем находить доказательства повышения или понижения интрапсихического напряжения до того, как станут заметны аф­фективные паттерны экспрессии и разрядки (Sroufe, 1979; Sroufe

et al., 1974).

Существует также доказательство того, что диэнцефальные центры, являющиеся медиаторами переживания отталкивающе­го или притягивающего характера восприятий, уже полностью созрели к моменту рождения, что подтверждает наше предполо­жение ранней способности младенца к переживанию удоволь­ствия и боли. В дополнение к этому у младенца существует уди­вительно ранняя способность к когнитивной дифференцировке, которая предполагает наличие потенциала и для дифференциа­ции аффектов. Было бы обоснованным предположить, что трех­месячный младенец способен переживать эмоции так же, как он способен к поведению, показывающему удовольствие, ярость или разочарование (Izard, 1978),— это та идея, которую долго раз­вивали Плучик и Келлерман (Plutchik and Kellerman, 1983).

Недавние результаты наблюдений за взаимодействием мла­денцев с матерями (Stern, 1977, 1985) указывают на то, что в течение первых недель жизни происходит активация способно­сти к различению особенностей, присущих матери, говорящая, что младенец изначально подготовлен к образованию особых схем самого себя и других людей. Когнитивный потенциал мла­денцев, другими словами, гораздо сложнее, чем это традицион­но предполагалось, и то же самое справедливо и для их аффек­тивного поведения.

1 *Кернберг О.* Агрессия при расстройствах личности. М., 1998, стр. 26—34.

Аффективное поведение с самого рождения оказывает силь­ное воздействие на отношения младенца с матерью (Izard, 1978; Izard and Buechler, 1979). Главная биологическая функция врож­денных аффективных паттернов младенца — наряду с их пове­денческими, коммуникативными и психофизиологическими про­явлениями — состоит в том, чтобы сигнализировать окружению (лицу, выполняющему материнские функции) о его потребнос­тях и инициировать, таким образом, коммуникацию между мла­денцем и матерью, которая отмечает начало интрапсихической жизни (Emde et al., 1978). Недавние исследования удивляют нас описанием высокого уровня дифференциации, очень рано появ­ляющейся в общении младенца и матери (Hoffman, 1978). Ней-ропсихологическая теория предполагает, что аффективная па­мять хранится в лимбической коре; эксперименты по прямой стимуляции мозга показывают, что возможна реактивация не только когнитивных аспектов прошлого опыта, но и его аффек­тивных аспектов, в частности субъективной аффективной окраски этого опыта (Arnold, 1970). Я уже высказывал предположение, что аффекты, действующие как наиболее ранние мотивацион-ные системы, тесно связаны с фиксацией памяти об интерна-лизованном мире объектных отношений (Kernberg, 1976).

Поскольку современная нейропсихологическая теория аф­фектов предполагает, что их субъективные качества — в своей основе сводимые к удовольствию и боли — являются главной характеристикой, интегрирующей их психофизиологические, по­веденческие и коммуникативные аспекты, и поскольку уже с пер­вых недель жизни мы можем наблюдать эти высокодифферен-цированные поведенческие, коммуникативные и психофизиоло­гические аспекты аффектов, то вполне обоснованно было бы сделать заключение, что и способность к переживанию удоволь­ствия и боли также существует у ребенка с самого начала жиз­ни. Если мы примем за данное, что аффективные, а также пер­цептивные и моторные схемы действуют с самого рождения, то субъективные переживания удовольствия и боли (субъектив­ность), как мы можем предположить, образуют первую фазу раз­вития сознания и, таким образом, становятся первой фазой в развитии Я.

Утверждения Пиаже, что «не существует аффективных со­стояний, не включающих в себя когнитивных элементов, так же как и не существует поведения, которое было бы полностью когнитивным», и что «аффективность играет роль источника энергии, от которого зависит функционирование, но не зависят структуры интеллекта» (Piaget, 1954), возможно, отражают

185

общепринятые представления о принципах психологического функционирования. Ранее я уже высказал предположение, что аффективная субъективность, первоначальное переживание Я, позволяет интегрировать — в форме аффективной памяти — пер­цептивный, поведенческий и межличностный опыт, так же как и сами аффективные схемы, особенно если ребенок находится в очень приятном или неприятном аффективном состоянии (пи­ковом аффективном состоянии), максимально повышающем его готовность и внимание.

Было бы также обоснованным предположить, что подобная сборка структур памяти во время пиковых аффективных состо­яний может послужить стимулом ранней символической деятель\* ности, при котором один из элементов такого пикового аффек­тивного сочетания становится знаком всего этого сочетания. За­жигаемый в комнате свет, например, является знаком появления кормящей матери даже до того, как ребенок начнет восприни­мать ее саму. Можно спорить по поводу того, когда простые ассоциации и условные рефлексы превращаются в символичес­кое мышление — в том смысле, что один из элементов будет вы­ступать знаком для всего сочетания возникающего опыта вне жесткой связи с условной ассоциацией,— но в любом случае обо­снованно предположить, что наиболее ранняя символическая функция, активная репрезентация всей последовательности од­ним из ее элементов, стоящим вне жесткой ассоциативной цепи, возникает именно в таких условиях.

Пиковые аффективные состояния будут тогда создавать ус­ловия, при которых чисто аффективная субъективность транс­формируется в психическую деятельность, обладающую симво­лическими функциями, которая в клинической ситуации пред­стает перед нами в виде аффективно заряженных структур памяти о приятных отношениях младенца и матери, в которых Я- и объект-репрезентации (несмотря на наличие высокодиф-ференцированных врожденных когнитивных схем) еще не яв­ляются дифференцированными. Аффективные структуры памя­ти, возникающие из неприятных или болезненных пиковых аф­фективных состояний, в которых Я- и объект-репрезентации также не являются дифференцированными, строятся самостоя­тельно, отдельно от приятных.

Структуры памяти, возникающие во время пиковых аффек­тивных состояний, сильно отличаются от тех, которые возника­ют в состоянии покоя или при аффективных состояниях низко­го напряжения. Когда младенец пребывает в состоянии покоя, возникающие структуры памяти имеют в основном когнитивную,

дифференцирующую природу и вносят непосредственный вклад в развитие Эго. Таким образом, обычное научение происходит в ситуациях, когда внимание сфокусировано на текущей ситуа­ции и задачах при небольшом искажении со стороны аффек­тивного побуждения и при отсутствии вмешательства со сторо­ны защитных механизмов. Эти структуры памяти выступают, как мы могли бы сказать, в роли ранних предвестников более специ­ализированных и адаптивных функций Эго-структур раннего со­знания, отвечающих за «первичную автономию», постепенно интегрирующихся в аффективные структуры памяти и вносящих вклад в более поздние стадии интеграции сознания в целом.

В отличие от них, пиковые аффективные состояния способ­ствуют интернализации примитивных объектных отношений, организующихся по осям притягательных, абсолютно «хороших» и отталкивающих, абсолютно «плохих» объектов. Переживание себя и объектов в ситуации экстремальной активации аффектов приобретает ту интенсивность, которая облегчает закладывание аффективно заряженных структур памяти. Эти аффективные структуры памяти, состоящие из *Я-* и объект-репрезентаций в контексте специфического пикового аффективного переживания, представляют собой наиболее ранние интрапсихические структу­ры, относящиеся к симбиотической стадии развития (Mahler and Furer, 1988). Они знаменуют собой начало интернализованных (внутренних) объектных отношений и организации либидиналь-ного и агрессивного влечений.

Таким образом, я предполагаю, что первая фаза развития сознания характеризуется пиковыми аффективными состояния­ми и началом символизации. Эта ранняя фаза имеет существен­ные для ее характеристики черты субъективности и не может рассматриваться как эквивалент стадии, на которой проявляют­ся ранние способности к перекрестной дифференцировке моде­лей, которая, как подразумевается, соответствует врожденным способностям, оптимально наблюдаемым в экспериментальных условиях слабого или модулированного аффекта. Субъективность подразумевает переживание, а переживание, естественно, яв­ляется максимальным в условиях пикового аффекта. Субъектив­ность также подразумевает мышление и поэтому требует как Минимум способности манипулировать символами. Я предпола­гаю, что этот минимум подразумевает прорыв жесткой цепи ус­ловных ассоциаций.

Возможно, особенно важным здесь является постепенное Развитие двух параллельных рядов абсолютно хороших и абсо­лютно плохих фантазийных характеристик этого символического

1Я7

мира: удовольствия, связанного с присутствием «хорошей» кор­мящей матери, находящегося в полной противоположности к боли, связанной с «плохой» матерью, в ситуации, когда ребенка фрустрируют, расстраивают или злят. Аналогичным образом пре­образование болезненного опыта в символический образ недиф­ференцированного «плохого Я — плохой матери» с очевиднос­тью содержит в себе элемент фантазии, выходящей за рамки реалистического характера «хороших» Я- и объект-репрезента­ций. Исходный материал фантазий, становящихся затем вытес­ненным бессознательным, может отражать преобладание агрес­сивных образов и аффектов.

Субъективные переживания при пиковых аффективных со­стояниях могут инициировать построение внутреннего мира, ко­торый постепенно разделится на глубинный слой фантастичес­ких образов, связанных с интернализованными объектными отношениями, которые приобретаются в периоды пиковых состо­яний, и на более поверхностный слой, пропитывающий более когнитивно реалистические восприятия внешней реальности, воз­никающие в обычных состояниях слабого аффекта, когда мла­денец внимательно исследует окружающий мир. Со временем образование символов и аффективная организация реальности станут характерны и для этого поверхностного слоя восприя­тия, преобразуя врожденную организацию восприятия в инфор­мацию, которой можно манипулировать с помощью символов: таким образом, «сознательное мышление», источник вторичных процессов мышления, возникает на поверхности глубинного слоя. Динамическое бессознательное первоначально образуется из неприемлемых для человека состояний самосознания, которые включаются в него под влиянием агрессивно заряженных отно­шений с репрезентациями объектов, обычно воспринимаемых через призму примитивных защитных операций, в частности проективной идентификации. Ранние пиковые аффективные со­стояния, вызванные фрустрацией, активизируют примитивные фантазии о фрустрирующих объектах, представленных сенсор­но-перцептивными переживаниями, которые также могут сим­волизировать собой попытку удалить такие непереносимые объек­ты и яростные желания их разрушить наряду с преобразовани­ем переживания фрустрации в фантазии о том, что на младенца нападают и ему угрожают. Вытеснение пиковых аффективных переживаний, имеющих приятный характер — в особенности состояний сексуального возбуждения, связанных с неприем­лемыми фантазиями, включающими родительские объекты,— идет вслед за более ранними агрессивными желаниями и фантазиями

динамического бессознательного. Бессознательные защиты, свя­занные с примитивными фантазиями, и последующие защиты, которые становятся вторичным подкреплением для вытеснения, приводят со временем к инкапсуляции наиболее глубокого, бес­сознательного уровня агрессивно и либидинально заряженных объектных отношений — Ид.

Поскольку наиболее ранние приятные пиковые аффектив­ные переживания недифференцированных Я- и объект-репре­зентаций в условиях абсолютно хороших объектных отношений могут рассматриваться в качестве ядра переживания самого себя, то осознание сефя и других оказывается тесно связанным с той областью переживания себя, которая впоследствии стано­вится частью функций и структуры Эго. Хотя аффективно мо­дулированные переживания могут ускорить разграничение об­ластей дифференциации Я и объектов уже в самом раннем воз­расте, ядро слитного или недифференцированного примитивного опыта уходит своими корнями в ранние Эго и Ид.

Пиковые аффективные переживания порождают, таким обра­зом, ядерную структуру интерсубьективности, как при наибо­лее ранней идентификации с объектом любви («интроективной идентификации»), так и при наиболее ранней идентификации с объектом ненависти на «периферии» переживания себя («про­ективной идентификации»), которая позже подвергается диссо­циации, проецируется более эффективно и в конце концов вытесняется.

По этой причине интерсубъективность независимо от того, включается ли она в переживание себя или отвергается посред­ством проективных механизмов, является неотъемлемой частью развития нормальной идентичности. Психоаналитик с помощью «конкордантной идентификации», т. е. эмпатии с центральным субъективным переживанием пациента, и «комплементарной идентификации», т. е. эмпатии с тем, что пациент не может в себе выносить и активирует посредством проективной иденти­фикации, узнает о мире интернализованных объектных отноше­ний пациента, составляющих часть идентичности его Эго.

Субъективное переживание себя вместе с его частными аспектами — самосознанием и саморефлексией, ощущением структурного единства и непрерывности во времени, чувством ответственности за свои действия — представляет собой нечто большее, чем субъективную фантазию. Оно образует интрапси-хическую структуру: динамически обусловленную, внутренне со­гласованную, стабильную схему организации психических пе­реживаний и контроля за поведением. Оно является началом для

проявления различных психических функций, реализует себя в этих функциях и выступает в роли той части Эго, которая по­степенно приобретает в Эго руководящие функции. Оно пред­ставляет собой интрапсихическую структуру высшего порядка, природа которой подтверждается в поведении, выражается в формировании характера и в человеческой глубине и мораль­ной определенности в отношениях с другими людьми.

Защиты выталкивают динамическое бессознательное глубже и глубже — в глубины психического аппарата, кульминацией это­го процесса является установление барьеров вытеснения, кото­рые одновременно выражают взаимное отталкивание и внутрен­нюю консолидацию Ид и Эго. Динамическое бессознательное невротического пациента и нормального человека — это конеч­ный продукт долгого процесса эволюции психической деятель­ности, внутри которого качества, присущие сознанию и дина­мическому бессознательному, переплетены гораздо теснее, чем это можно было бы предположить на основе наблюдения. Но прорыв динамического бессознательного в сознание не являет­ся отличительной особенностью пациентов с тяжелой патологи­ей характера или психозом. Межличностное поведение в малых неструктурированных группах или, даже в большей степени, в больших неструктурированных группах, которые временно уст­раняют или размывают обычные социальные ролевые функции, может приводить к активации, иногда в пугающем обличье, при­митивного содержания, вытесненного в форме фантазий, и по­ведения, разделяемых всей группой. Это приводит нас к вопро­су о конечной природе мотивационных сил динамического бес­сознательного и к психоаналитической теории влечений.

**ПРОИСХОЖДЕНИЕ И СТРУКТУРА ВЛЕЧЕНИЙ КАК МОТИВАЦИОННЫХ СИЛ**

С моей точки зрения, аффекты являются первичной мо-тивационной системой в том смысле, что они находятся в центре любого из бесчисленных конкретных удовлетворяющих или фру-стрирующих переживаний младенца при взаимодействии с ок­ружающей его средой. Аффекты связывают ряды недифферен­цированных Я- и объект-репрезентаций таким образом, что по­степенно создается сложный мир интернализованных объектных отношений, окрашенных удовольствием или неудовольствием. Но в процессе того, как аффекты связывают интернализованные объектные отношения в два параллельных ряда удовлетворяющих

и фрустрирующих переживаний, происходит преобразование самих «хороших» и «плохих» интернализованных объектных от­ношений. Доминирующий в каждом из рядов интернализованных объектных отношений аффект любви или ненависти обогащает­ся, модулируется и становится все более сложным.

В конце концов оказывается, что внутреннее отношение мла­денца к матери, проходящее под знаком «любви», представляет нечто большее, чем просто сумму конечного числа конкретных аффективных состояний любви. То же самое справедливо и для ненависти. Таким образом, любовь и ненависть становятся ста­бильными интрапсихическими структурами, представляя собой две динамически детерминированные, внутренне согласованные, стабильные рамки организации психического опыта и пове­денческого контроля в своей генетической преемственности на всех стадиях развития человека. Именно благодаря этой преем­ственности они консолидируются в либидо и агрессию. Либидо и агрессия, в свою очередь, становятся иерархически высшими мотивационными системами, выражающими себя множеством дифференцированных аффективных предрасположенностей в различных ситуациях. Аффекты — это строительные блоки, или образующие, влечений; со временем они приобретают сигналь­ную функцию для активации влечений.

Необходимо подчеркнуть, что влечения проявляются не про­сто в виде аффектов, но посредством активации специфических объектных отношений, включающих в себя аффект, в которых влечение представлено специфическим вожделением или жела­нием. Бессознательная фантазия — наиболее важная Эдипова фантазия — включает в себя специфическое желание, направ­ленное на объект. Желание исходит из влечения и является бо­лее определенным, чем аффективное состояние, что служит до­полнительным аргументом, чтобы отвергнуть концепцию о том, что аффекты, а не влечения являются иерархически высшими мотивационными системами.

**Рене А. Шпиц**

**ПОВЕДЕНИЕ ДЕПРИВИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ1**

Проводя наблюдения младенцев, страдающих «боль­ничным синдромом»2, мною было обнаружено характерное для них поведение, ясно проявляющееся после продолжительных периодов эмоциональной депривации. Девяносто один ребенок, в среднем после трех месяцев кормления грудью, был разлучен с матерью на период от шести месяцев до года. Соответственно и их возраст варьировал от шести месяцев до полутора лет. При моем или чьем-либо приближении (за исключением сиделок, кор­мящих их по расписанию) большая часть младенцев начинала крутить головками по сагиттальной оси позвоночника. Такое по­ведение, очень напоминающее знакомое всем качание головой взрослых, для которых оно означает «нет», продолжалось до тех пор, пока незнакомец стоял напротив них.

Пребывая в одиночестве, когда их не беспокоили, эти дети были достаточно спокойны. Они инертно лежали; будучи же активизированы, проявляли активность в причудливых движе­ниях пальцев. Вращение головой наблюдалось только в одном случае. Удары головой о что-либо не наблюдались. Они могли ухватиться за одежду и не в состоянии ослабить хватку, как в неконтролируемом сжатии, вовлекали одежду в странную актив­ность своих рук. Когда они были особенно активны, они могли задрать ноги и уцепиться за пальцы ног или носки. Этими не­сколькими действиями ограничивается вся активность детей, страдающих «госпитализмом». Эти действия наблюдаются толь­ко на ранних стадиях депривации, если наблюдаются вообще. Аутоэротическая активность, включая сосание пальцев, практи­чески не наблюдается. На следующих стадиях эти дети впадают в «летаргию» — как бы в ошеломлении лежат без движения и звука, глазея в пространство. Приближение любого человека, кроме сиделки в час кормления, вызывает явное неудовольствие.

Было вполне очевидно, что эти дети были недовольны беспо­койством, причиняемым приближением любого человека. Так же было очевидно и то, что подобное приближение, попытка войти

Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия. М., 1991, стр. 166— 167.

Термин «больничный синдром» (или «госпитализм») достаточно прочно вошел в англоязычную научную литературу о депривированных детях. Им обозначаются особенности психического и физического развития, характерные для этих детей. *(Примеч. перев.)*

с ними в контакт требовали от них выхода из «летаргии» и затрат энергии, которой у них было мало. Чем дольше длилась депривация, тем меньше оставалось у них энергии и тем реши­тельнее был отказ от контакта. Для этого отказа характерна одна деталь: вращение головы по сагиттальной оси. На ранних ста­диях это может сопровождаться криком, особенно если наблю­датель не отходит. На поздних стадиях крик переходит в сла­бый плач, который начинается немедленно при приближении человека и сопровождается вращением головы; в конце концов от плача остается только хныканье <...>;

**Рене А. Шпиц, В. Годфри Коблинер ПСИХОТОКСИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА1 ПЕРВИЧНОЕ ОТКРЫТОЕ ОТВЕРЖЕНИЕ**

**Первичное активное отвержение**

При этом синдроме отношение матери сводится к то­тальному отрицанию материнства; отказ распространяется как на беременность, так и на ребенка, вероятно, включая также многие аспекты генитальной сексуальности. В моем распоряже­нии есть съемки такого случая, однако у него отсутствует про­должение. Проследить за развитием такого случая трудно, по­скольку обычно ребенок либо умирает («случайно» или в ре­зультате детоубийства), либо оказывается в приюте, либо в лучшем случае усыновляется.

**Первичное пассивное отвержение**

Реакция новорожденного на не желающую его при­знавать мать была впервые описана Маргарет Риббл (1938). В экстремальном случае новорожденный впадает в кому с дыха­нием по типу Чейн-Стокса, исключительной бледностью и сни­жением чувствительности. Подобное состояние развивается, по-видимому, в результате шока. Лечение состоит из соляных клизм, внутривенного вливания глюкозы или переливания крови. Пос­ле выздоровления этих младенцев нужно заново учить сосать, по многу раз терпеливо стимулируя оральную зону. Это состоя­ние угрожает жизни новорожденного.

Я наблюдал несколько таких случаев и один снял на пленку (1953).

Случай *1.* Матерью ребенка была исключительно красивая шестнад­цатилетняя незамужняя девушка. Она работала служанкой, и ее соблаз­нил сын хозяина. По ее утверждению, половой акт имел место только один раз и повлек за собой беременность. Ребенок был совершенно нежеланным, беременность сопровождалась крайне обостренным чув­ством вины, поскольку девушка являлась набожной католичкой. Роды прошли в благотворительном роддома. без осложнений. Первая попыт­ка кормить спустя двадцать четыре часа оказалась безуспешной, как и последующие. У матери якобы не было молока. Мы, однако, легко по­лучили молоко, надавив на сосок. Младенец без затруднений сосал это

Шпиц *Р. А., Коблинер В. Г.* Первый год жизни. М., 2000, стр, 209—260.

молоко из бутылочки. Во время кормления мать вела себя так, словно воспринимала младенца как нечто совершенно чуждое и даже безжиз­ненное. Ее поведение сводилось к попыткам отодвинуться от ребенка; тело, руки, лицо застывали в постоянном напряжении. Соски, хотя и не были втянуты внутрь, не выступали вперед, и даже кормление не вы­зывало набухания.

Так продолжалось пять дней. Жизнь ребенка поддерживалась моло­ком, которое удавалось сцеживать из груди матери. При одной из последних попыток (которая была снята на пленку) ребенок впал в полукоматозное, напоминающее ступор состояние, описанное Риббл. Для того чтобы вывести младенца из этого состояния, пришлось применить энергичные меры, включая соляную клизму и внутривенное питание.

Параллельно предпринимались попытки научить мать. Ей, в частно­сти, показывали, что делать с сосками, чтобы вызвать набухание и тем самым облегчить процесс кормления. Начиная с пятого дня после этого инструктажа кормление проходило достаточно успешно, ребенок опра­вился по крайней мере на те шесть дней, в течение которых я имел воз­можность за ним наблюдать.

Можно с полным правом задать вопрос, каким будет разви­тие ребенка, столкнувшегося в самом начале со столь массив­ным отвержением. Полагаю, что при столь архаических реакци­ях, даже если и удастся преодолеть непосредственную угрозу жизни, позже проявятся другие, возможно, не столь критичес­кие психосоматические последствия.

Одним из последствий я считаю рвоту у младенца, как опи­сано ниже, хотя, возможно, в данном случае пассивный отказ женщины от материнства сочетался с *активным* отказом от са­мого ребенка.

Случай 2. Первоначально мать кормила ребенка грудью, но затем отказалась от грудного вскармливания и перешла на использование смеси. Как грудное, так и искусственное кормление мать постоянно сопровождала жалобами и упреками. Грудное кормление ее не устраи­вало, потому что ребенок срыгивал, однако и при кормлении смесью рвота у ребенка продолжалась. Через три недели мать заразилась грип­пом и легла в больницу, расставшись на какое-то время с ребенком. Сры-гивание немедленно прекратилось. Через шесть недель мать вернулась домой, и спустя сорок восемь часов у ребенка вновь началась рвота.

На настоящий момент подобные случаи еще недостаточно изучены. По моему мнению, пассивное отвержение материнства направлено не на ребенка как на индивида, но на сам факт его появления на свет. Иными словами, это общее отвержение Материнства является безобъектным. Однако такое отношение

может продолжаться только первые недели или максимум пер­вые два месяца после родов. Позднее, с развитием ребенка, нач­нет проявляться его индивидуальность, его личность, и тогда ма­теринская враждебность также окажется более специфической, более направленной на то, чем становится ребенок, т. е. на ин­дивида, отличающегося от других.

Установка этих матерей, их тотальная враждебность к материнской роли коренятся в их индивидуальной истории, в их отношениях с отцом ребенка, а также зависит от способа, которым они сумели разрешить собственный Эдипов конфликт и страх кастрации, и того, насколько удачным он оказался.

До сих пор мы рассматривали преимущественно враждеб­ную реакцию матери на ребенка. Что касается реакции младен­ца на враждебность матери, то следует принять во внимание, что в самом начале жизни у новорожденного пока нет даже ру­диментов адаптации, не говоря уж о защите. Ребенок, как ука­зывает Фрейд, приходит в этот мир беспомощным, он находит­ся в фазе первичного нарциссизма, самого архаического спосо­ба существования из доступных человеку. Этот архаический способ существования постепенно переходит в самые ранние формы орального поведения, которые позднее интегрируются в паттерны поведения, известные в психоанализе под названием оральной фазы. В архаический период контакты младенца с ок­ружением только что были перенесены с пуповины на рот, пря­мое переливание сменилось поглощением пищи. Вполне логич­но, что явные симптомы у младенца проявляются как оральные нарушения, как неспособность сосать в первые дни жизни или в виде рвоты на несколько более поздней стадии.

**ПЕРВИЧНОЕ ТРЕВОЖНОЕ ПОПУСТИТЕЛЬСТВО (КОЛИКА ТРЕХМЕСЯЧНЫХ)**

Первичное тревожное попустительство — это разновид­ность или особая форма материнского отношения, которую Леви (1943) назвал материнской гиперопекой. К сожалению, это вы­ражение без разбора применяют авторы, работающие в самых разных сферах, при описании достаточно широкой гаммы пове­денческих паттернов и установок и без учета разнообразия мо­тивов, лежащих в основе этих проявлений.

С тревожным попустительством связано расстройство, кото­рое Спок назвал «коликой трехмесячных»2. В педиатрических

Личное сообщение.

кругах так обозначают хорошо известную клиническую карти­ну: с третьей недели жизни и до конца третьего месяца ребе­нок начинает кричать посреди дня. Кормление может его успоко­ить, но лишь ненадолго. После сравнительно короткого проме­жутка времени у младенца вновь проявляются признаки колики. Ребенка переводят с грудного вскармливания на искусственное или с искусственного на грудное, меняют молочную смесь или постоянно применяют одну и ту же — ничего не помогает. Ле­карства, в том числе атропин, также не приносят облегчения. Стул у таких младенцев без патологий, иногда наблюдается не­значительная диарея. Боли могут продолжаться несколько ча­сов, затем они прекращаются и на следующий день возоб­новляются снова. К концу третьего месяца это расстройство, к великому облегчению матери и педиатра, обычно бесследно ис­чезает — столь же необъяснимо, как и началось.

**Работы Вейля, финкельштейна, Аларкона и Спока**

Это состояние уже было описано Вейлем и Пеху (1900), а также Финкелыптейном (1938) под названием *«спастический диатез».* Они приписывали его возникновение неспособности усваивать молоко матери. Я наткнулся на интересное наблюде­ние испанских и южноамериканских педиатров. Аларкон (1929, 1943), а позднее Сото (1937) отметили, что колика трехмесячных не встречается у детей, воспитывающихся в приютах. Они на­звали это явление «временной *диспепсией младенцев»* и деталь­но его исследовали.

Наблюдения Аларкона и Сото полностью соответствуют моим собственным. В различных заведениях, в которых я исследовал детей, колика трехмесячных никогда не превращалась в серьез­ную проблему. В приютах, где младенцы лишены материнской заботы, колика отсутствовала полностью; в заведении, которое я назвал «ясли», где удавалось поддерживать отношения матери и ребенка, колика случалась лишь изредка, однако у детей, воспитывающихся в собственной семье, колика трехмесячных — весьма распространенное явление.

Сото объяснял отсутствие колики трехмесячных в приютах тем, что детей там «не портят». Он наблюдал достаточное коли­чество приютских младенцев и описывал тип их воспитания сле­дующим образом: «Няня берет ребенка на руки только для того, чтобы накормить его, сохраняя при этом полное равнодушие, характерное для тех, кто заботится о чужом ребенке». Из

множества детей, за которыми наблюдал Сото, лишь у одного была отмечена колика трехмесячных.

Однако это исключение весьма поучительно: данный ребе­нок в возрасте шести недель был усыновлен дамой, которая, со­гласно описанию Сото, проявляла избыток любви к ребенку и заботы о нем, часто носила его на руках, весь день играла с ним и буквально за несколько дней сделала малыша плаксивым и склонным к колике. По мнению Сото, колика явилась след­ствием ее «чрезмерной заботы», а также пренебрежения к пра­вильному расписанию кормлений, т. е. она не соблюдала систе­матическое кормление по часам, к которому ребенок был'при­учен ранее, а давала ему есть по первому требованию.

Как утверждает Сото, заведенный в приюте порядок корм­ления по часам и полное отсутствие материнской тревоги объяс­няют иммунитет воспитанников подобных заведений к колике.

На этом этапе конституциональная гипертония, соматичес­кий симптом ребенка, соединяется с психологически обуслов­ленной гиперопекой со стороны матери. У таких детей пищева­рительная система работает более активно, перистальтика дей­ствует быстрее и сильнее, излишек пищи вызывает повышенную кишечную активность. Замыкается порочный круг: ребенок с по­вышенным тонусом не может избавиться от напряжения нор­мальным образом в процессе кормления. Вместо этого он раз­ряжает напряжение с помощью полуденных криков и моторного возбуждения, характерного для таких детей. Гиперопекающая мать немедленно приступает к очередному кормлению, пункту­ально следуя рекомендациям системы кормления по требованию. В ходе этого не предусмотренного расписанием приема пищи напряжение частично разряжается благодаря оральной актив­ности и заглатыванию. Ребенок ненадолго успокаивается. Тем не менее полученная ребенком пища вновь перегружает орга­ны пищеварения, увеличивает напряжение и вызывает усилен­ное состояние неудовольствия, приводя вновь к колике и кри­кам. Встревоженная мать способна истолковать крики ребенка только в системе кормления по требованию, поэтому она вновь предлагает ребенку пищу, и замкнутый цикл продолжается.

Как объяснить тот факт, что примерно в трехмесячном возрасте этот синдром исчезает?

Мы можем предположить, что после трех месяцев даже ма­тери с чувством вины или неопытные матери устают от посто­янного самопожертвования, к которому принуждает их неукос­нительное соблюдение принципа кормления по требованию. Или

198

же они несколько лучше научаются различать крики и прочие звуки, издаваемые младенцами, и отказываются от односторонней интерпретации их потребностей.

Однако важнее то, что на третьем месяце у ребенка появля­ется первая направленная и намеренная реакция, т. е. на­правленное поведение по отношению к окружающим. В этом воз­расте возникает первая социальная реакция, появляется пред­теча объекта, происходят первые катектические замещения в следах памяти и усиливается психическая активность. Услож­няется и телесная активность; мы наблюдаем «пробные» дей­ствия, зарождение первых попыток к самостоятельному пере­мещению, активные попытки дотянуться до предметов, находя­щихся в поле зрения.

Теоретически к концу третьего месяца перед ребенком открывается широкое поле разнообразной деятельности — аффек­тивной, психической и физической. Он способен не только вклю­чаться в эту деятельность, но и использовать ее для разрядки напряжения. Тем самым оральная зона перестает быть един­ственным проводником для разрядки напряжения, как это было раньше. Когда ребенок находит иные, кроме оральных, способы для разрядки напряжения, вызванного влечениями, он начинает подавать меньше голосовых сигналов матери, и таким образом разрывается порочный круг напряжения, приводящего к корм­лению по требованию, которое, в свою очередь, вызывает коли­ку. После третьего месяца энергия ребенка направляется на ак­тивные действия, и уровень напряжения снижается.

**ВРАЖДЕБНОСТЬ ПОД МАСКОЙ ВНЕШНЕЙ ТРЕВОГИ (МЛАДЕНЧЕСКАЯ ЭКЗЕМА)**

**Наблюдения и клинические данные**

У большинства матерей, дети которых страдали экзе­мой, мы наблюдали проявления внешней **тревожности,** преиму­щественно направленной на ребенка. Вскоре становилось оче­видным, что эта внешняя тревожность связана с необычайно сильной бессознательно вытесненной враждебностью.

Мы получили возможность обследовать 203 детей в приюте, 185 из них наблюдались с рождения в течение года или чуть дольше, остальные 18 наблюдались в том же заведении, но только в течение шести месяцев второй половины первого года жизни. Нас заинтересовала необычайная распространенность детской экземы у воспитанников этого приюта.

Обычно в приюте, а также у детей, воспитывающихся в род­ной семье, число младенцев, страдающих этим синдромом, колеб­лется от двух до трех процентов. Среди всех вышеупомянутых младенцев этот процент достиг примерно 15 ко второй полови­не первого года жизни, а затем (точнее, между двенадцатым и пятнадцатым месяцами) экзема, как правило, исчезала.

Врач, работавший в этом приюте, использовал множество средств, в том числе изменение диеты, витаминные добавки, мест­ное лечение, мази, тальк — обычный и медицинский. Было прове­дено тщательное исследование с целью выявить возможное.при­сутствие аллергенов в гигиенических средствах, в стиральных порошках и т.д. Ответ был отрицательным, а экзема продолжа­ла распространяться. В конечном счете персонал смирился с этим обстоятельством, тем более что к началу второго года жиз­ни дети в любом случае выздоравливали.

Здесь мы решили провести подробное психиатрическое исследование данных, которые были получены при наблюдении 28 страдавших экземой детей, а также их матерей. В качестве *контрольной группы* мы использовали 165 детей, живших в том же приюте, но избежавших этого заболевания, и их матерей. Десять случаев экземы пришлось исключить из нашей статис­тики, поскольку диагноз оставался недостаточно четким или па­циенты покинули приют до завершения исследования. Сопос­тавляя данные обеих групп, мы исходили из убеждения, что, по­скольку случайные физические факторы этого заболевания исключены, а в данном заведении по-прежнему сохраняется вы­сокий уровень распространения экземы, остается искать несо­матический психологический фактор.

Для подобной гипотезы у нас были достаточные основания, поскольку мы имели дело с исправительным заведением, в ко­тором находились беременные девушки, преступившие закон. Эти девушки рожали детей в приюте и там же их воспитывали в течение первого года жизни младенцев (или до окончания срока заключения). Следовательно, эта группа матерей отличалась от среднестатистической для города, в котором располагался при­ют: ее скорее можно определить как чрезвычайно специфичес­кую, куда входили девушки в возрасте от четырнадцати до двад­цати трех лет, вступившие в конфликт с законом или по мень­шей мере с нравами своей культурной среды.

Мы приступили к изучению большого объема данных, собран­ных в процессе наблюдения с момента рождения за младенца­ми, а также за их матерями.

В отношении каждого ребенка регистрировались следующие данные: вес и рост при рождении, размер головы, тип кормле­ния (грудное или искусственное), возраст матери, момент отня­тия от груди.

При рождении проверялись следующие рефлексы: рефлекс Моро, сосательный, хватательный, рефлекс вытягивания паль­цев (Spitz, 1950) и кремастерический рефлекс.

Мы описывали поведение каждого ребенка с недельным интервалом, обращая особое внимание на наличие или отсут­ствие раскачивания, игры с гениталиями и фекалиями. Мы от­мечали частоту и распределение случаев, в которых присутство­вало каждое из этих проявлений, а также его начало, частоту и продолжительность.

Мы проверяли наличие реакции улыбки и тревоги восьми­месячных и подсчитывали коэффициент развития каждого ребенка в возрасте трех, шести, девяти и двенадцати месяцев.

Мы отмечали, имело ли место отлучение от матери и если да, то в каком возрасте и на какой срок. Наконец мы исследо­вали, развивалась ли у ребенка в0 результате разлуки депрессия и насколько сильная; если депрессия не наблюдалась, мы опять-таки обращались к исследованию отношений матери и ребенка до разлуки.

В результате статистической обработки данного материала были построены 87 графиков и таблиц. Мы перешли к вопросу о том, чем дети, заболевавшие во второй половине первого года жизни экземой, отличались от тех, кто, находясь в том же окру­жении, этому заболеванию не подвергся. Как ни удивительно, все отличия между 28 детьми с синдромом экземы и 165 деть­ми, не имевшими его, сводились к двум факторам: 1) врожден­ной предрасположенности и 2) психологическому фактору, связанному с окружающей средой, которая в данном заведении ограничивалась отношениями матери и ребенка. Прочие внешне-средовые факторы для всех детей были идентичны.

Затем мы подробно рассмотрели данные, касающиеся самих детей: сюда вошли сведения о средствах, применявшихся при родовспоможении, рефлексы при рождении, результаты регуляр­но проводившихся тестов, клинические данные, протоколы еже­недельных наблюдений за поведением и т. д. Мы обнаружили, что, за исключением сферы научения и социальных связей (см. ниже), в среднем не наблюдалось значительного различия меж-АУ заболевшими детьми и детьми из контрольной группы. В це­лом по подавляющему большинству пунктов различий не было

9П1

выявлено вовсе, средние показатели полностью совпадали, и тем самым их можно считать иррелевантными для развития синд­рома. Однако п;>и изучении рефлексов было выявлено одно, но весьма существенное отличие: реакция в сфере глубоких реф­лексов (таких, как рефлексы сухожилий) в обеих группах в сред­нем имела одинаковое значение, но наблюдалось статистически достоверное различие между контрольной группой и группой больных экземой в сфере кожных рефлексов (таких, как реф­лекс укоренения, кремастерический рефлекс и т. д.).

В области кожных рефлексов у детей, у которых через шесть месяцев развивалась экзема, были выявлены в среднем гораздо более высокие показатели раздражимости кожи, чем у детей, у которых экзема не возникала. Позаимствовав термин у Микаэ-ла Балинта (1948), я бы сказал, что дети, у которых во второй половине первого года жизни разовьется экзема, рождаются с «повышенной рефлекторной возбудимостью». Поскольку рефлек­сы при рождении не являются выученным поведением, мы имеем дело с наследственной предрасположенностью.

Из этого можно было бы сделать вывод, что к моменту рожде­ния кожа у этих детей более уязвима, нежели у других, однако, будь это предположение верным, экзема развивалась бы уже в первые недели жизни, самое позднее — в течение двух меся­цев. Однако дело обстоит иначе, поскольку обычно экзема на­чинается во второй половине первого года жизни. Следователь­но, мы можем исключить уязвимость кожи и сказать, что экзе­ма обусловлена скорее повышенной готовностью к такого рода реакции, или, пользуясь аналитической терминологией, повышен­ным катексисом кожной рецепции. Можно задать вопрос, нельзя ли объяснить явления, описанные Гринэйкр (1941) в статье «Предрасположенность к тревоге» как последствия «сухих ро­дов», также с точки зрения повышенной раздражимости кожи новорожденного.

Что касается второго фактора, т. е. влияния среды, влияния объектных отношений, то мы обнаружили следующее: они опреде­ленным, хотя и достаточно тонким образом отклонялись от средне­статистических. В социофизиологической сфере функционирова­ния младенца, а именно в проявлениях тревоги восьмимесячных, было выявлено статистически достоверное различие между обеи­ми группами. У детей, страдавших экземой, тревога восьмиме­сячных проявлялась только у 15 процентов, в контрольной груп­пе это явление наблюдалось в 85 процентах случаев.

Такая ситуация может показаться странной психоаналити­ку, который привык рассматривать тревожность в качестве

потенциального патологического симптома. В таком случае наше открытие означало бы, что в группе детей с экземой патологи­ческие симптомы встречаются реже, нежели в контрольной груп­пе. Однако тревога восьмимесячных не является патологическим симптомом, напротив, это — симптом прогресса в развитии лич­ности, указывающий, что ребенок сделал еще один шаг в раз­витии объектных отношений, а именно достиг способности раз­личать своих и чужих. Здесь мы наталкиваемся на поразительный пример одного из многочисленных различий между психологией ребенка и взрослого. Следовательно, не присутствие, а как раз отсутствие реакции тревоги у восьмимесячного ребенка указы­вает на патологию. Отсутствие этой реакции предупреждает нас, что аффективное развитие ребенка задерживается, и эта задер­жка, очевидно, связана с нарушением объектных отношений. Поэтому мы рассмотрели отношения между матерью и ребен­ком для всей нашей популяции.

Психиатрическое исследование матерей младенцев, страдав­ших экземой, дало важную информацию. Большинство этих ма­терей внешне проявляли тревогу и заботу о детях. Однако вско­ре выяснилось, что за таким поведением скрывалась сильней­шая бессознательно вытесненная враждебность. Как и следовало ожидать, девушки, попавшие в исправительное учреждение, от­нюдь не схожи с обычными матерями. Они находились в зак­лючении согласно Закону о несовершеннолетних преступниках, и их преступления варьировались от нарушений норм сексу­альной морали до воровства и даже убийства, однако большин­ство из них попали в тюрьму как раз в связи с половой распу­щенностью. В нашу эпоху это уже не рассматривается как се­рьезное нарушение закона; более того, это уже признано более или менее обычным сексуальным поведением большинства не­замужних женщин в нашей культуре, по крайней мере, если верить Кинси и др. (1953). Тем не менее они были арестованы именно за это нарушение, причем в провинции, которая до сих пор не смирилась с подобным падением нравов. Следовательно, этих девушек мы можем определить как имеющее определенные отклонения меньшинство с точки зрения их культурной среды.

Для людей, имевших дело с несовершеннолетними, осужден­ными за половую распущенность, не будет новостью мое утверж­дение, что среди них высокий процент составляют лица с умственным развитием ниже нормы, если не слабоумные. У та­ких личностей интеграция Сверх-Я абсолютно не завершена, эти девушки оказались не способны достичь даже удовлетвори­тельной интеграции Я. В подобной группе легко обнаружить

множество инфантильных личностей, и с этой точки зрения наша группа вовсе не являлась исключением. Однако интересно, что среди 203 обследованных матерей подавляющее большинство инфантильных личностей было сконцентрировано в группе ма­терей, чьи дети страдали экземой.

У этих матерей отмечались и другие особенности: они не любили прикасаться к своим детям, как правило, ухитряясь уго­ворить кого-нибудь из своих подруг по исправительному учреж­дению перепеленать ребенка, выкупать его, дать ему бутылоч­ку. В то же время их тревожила хрупкость и уязвимость ребен­ка. Характерно следующее высказывание одной из них: «Ребенок такой нежный, малейшая неосторожность может причинить ему вред». Преувеличенная забота служила сверхкомпенсацией бес­сознательной враждебности, поступки этих матерей противоре­чили их словам. Наша интерпретация подкрепляется многочис­ленными случаями, когда эти же матери подвергали своих де­тей совершенно ненужному риску и настоящей опасности. Часто ребенок едва избегал подлинной угрозы жизни, когда, напри­мер, в его молочные хлопья попадала открытая булавка; неко­торые матери постоянно сильно перегревали палату под тем предлогом, что иначе ребенок простудится. Одна девушка так затянула детский нагрудник, что малыш посинел, и только мое своевременное вмешательство спасло его от удушения. Мы уже не удивлялись, когда слышали, что тот или иной ребенок в этой группе в очередной раз вывалился из кроватки и ушиб голову.

Таким образом, наше исследование детей с экземой выяви­ло две аномалии: 1) их матери были инфантильными личностя­ми, скрывавшими враждебность под маской тревоги за ребенка; они не любили прикасаться к своему малышу или о нем забо­титься, систематически лишая ■ ребенка кожного контакта; 2) у таких детей отмечалась врожденная предрасположенность к по­вышенной кожной реакции, приводящая к повышенному катек-сису психических репрезентаций кожной перцепции. Исполь­зуя несколько вольно аналитические термины, можно сказать, что речь идет о либидинизации кожных покровов. Отсюда и уси­ление той самой потребности, в удовлетворении которой отка­зывает ему мать. Тем самым потребности таких детей и уста­новка матери образуют асимптоту.

Профиль развития, построенный на основе тестов Бюлер — Хетцер, выявил еще одну особенность детей с экземой. В отли­чие от детей, избежавших этого заболевания, они обнаружива­ют характерную отсталость в сфере научения и социальных отношений.

В этом тесте сектор обучения представлен способностью к подражанию и памятью. Задержка способности к подражанию становится понятной, если учесть условия, в которых воспиты­ваются эти дети: тревожные матери, старающиеся не прикасаться к детям в течение первых шести месяцев жизни, т. е. в стадии первичного нарциссизма, усложняют для них процесс первич­ной идентификации.

**Роль первичной идентификации**

Термин «первичная"идентификация» используется в литературе редко. Он принадлежит к одной из моделей психоаналитической теории, описывающей недифференцирован­ное состояние, в котором еще не произошло разграничение внут­ри самого ребенка, и он не способен различать внутреннее и внешнее, Я и не-Я. Вероятно, лучше всего описать это состоя­ние можно, сказав, что в нем отсутствует не только психичес­кая структура, но также психические и соматические границы. Термин «идентификация» в этом контексте появился в силу прак­тических соображений, поскольку таким образом можно указать на аспект инкорпорации, связанный с отсутствием границ, но без учета других аспектов недифференцированного состояния.

Идея детского всемогущества легко укладывается в эту картину. Когда какая-либо потребность заставляет младенца кри­чать или извиваться, то рано или поздно его требование испол­няется. Ему не дано понять, что это не является результатом его действий, что пища, которая его успокаивает, не является продуктом его ажитации.

Таким образом, первичная идентификация заключается в том, что ребенок воспринимает все то в окружающей среде, что слу­жит удовлетворению потребности (удовлетворению влечения), как часть собственной личности и собственного тела, за пределами которых не существует ничего. Гловер (1930), по-видимому, имел в виду то же самое: «Для примитивного сознания все окрашен­ные удовольствием состояния имеют тенденцию вызывать идентификацию с объектами, которые ассоциируются с этими состояниями».

Соответственно те тревожные матери, которые лишают своих детей удовлетворения потребности в прикосновении, отказывая детям в тактильных ощущениях, затрудняют первичную идентификацию, резко ограничивая ее возможности. Но чтобы ре­бенок дифференцировался от матери, он обязательно должен столк­нуться, отделить и преодолеть подобные первичные идентификации,

**205**

тактильные и прочие. Сначала направленная на действие подвиж­ность, а позднее локомоция — основные способности младенца, слу­жащие преодолению первичной идентификации и достижению дифференциации. Когда завершается дифференциация от матери, ребенок может далее формировать вторичные идентификации, про­кладывающие путь к автономии и независимости.

В таком случае, развивая концепцию Малер (1957, 1960) «про­цесса индивидуации — сепарации», мы могли бы сказать, что путь к индивидуации лежит через вторичные идентификации, посколь­ку прежде, чем ребенок сможет отделиться от матери и стать неза­висимым индивидом, он должен воспринять материнские усилия, которые она прилагает, заботясь о нем (а это он может сделать только путем идентификации). Я полагаю, что процесс индивидуа­ции — сепарации, который Малер относит к периоду начиная с восемнадцатого месяца жизни, имеет две предварительные ста­дии. Первую из этих стадий я бы назвал процессом *первичной индивидуации,* в котором ребенок преодолевает первичные иден­тификации. Вторая стадия — это стадия вторичной *идентифика­ции,* которая начинается во второй половине первого года жизни. На этой стадии ребенок приобретает средства и способы, которые позволят ему достичь независимости от матери (Spitz, 1957).

Эта относительная независимость появляется примерно к восемнадцатому месяцу жизни, с того периода, к которому Пи­аже относит достижение ребенком представления об обратимо­сти, а также освоение формального языка, на котором говорят взрослые. С этого момента может начаться описанный Малер процесс индивидуации — сепарации.

В противоположность первичной идентификации (которая представляет собой *состояние)* вторичная идентификация явля­ется *механизмом.* Это бессознательный процесс, результатом ко­торого станет изменение Я. Следовательно, вторичная иденти­фикация предполагает, что уже имеется по крайней мере руди­ментарное Я, отделившееся от недифференцированного целого, которое функционировало в период первичной идентификации.

Из этого следует, что в случае, когда мать затрудняет первич­ную идентификацию, отказывая ребенку в тактильных ощущени­ях, она препятствует двум важным этапам развития — формирова­нию Я и вторичной идентификации (Spitz, 1957).

**Психодинамические процессы**

При нормальном развитии либидинозные и агрессив­ные влечения разряжаются в рамках физического взаимодействия

между матерью и ребенком. В основе этих диадических взаимо­действий лежат динамические процессы, включающие катекти-ческие замещения. Помимо прочего, эти процессы ведут также и к вторичным идентификациям. Подобное возрастное преобра­зование либидинозных и агрессивных влечений гораздо менее доступно для ребенка, страдающего экземой, поскольку, как мы видели, его мать не предоставила ему достаточно возможностей для подобной разрядки. Мы можем задать вопрос, не является ли младенческая экзема аутопластическим симптомом, который заменяет недостижимый процесс развития через аллопластичес-кую разрядку к аутопластической идентификации. На основе на­ших данных мы сумели выделить два фактора в этиологии эк­земы: 1) наследственный фактор детской рефлекторной кожной раздражимости и 2} внешнесредовой фактор — инфантильную тревожность матери. Тем не менее это объяснение не является вполне удовлетворительным с динамической и экономической точек зрения.

**Объяснение сторонников Павлова**

Дополнительный свет на эту проблему проливает экс­перимент в области рефлексологии, который можно было бы интерпретировать в терминах теории научения. Павловым были проведены эксперименты с целью исследовать роль двойного сигнала в провоцировании того, что он назвал «эксперименталь­ным неврозом». С помощью электрической стимуляции на оп­ределенном участке бедра у собаки создавали условный реф­лекс; задача собаки состояла в различении сенсорных перцеп-тов. Затем две точки электрической стимуляции постепенно сближали, вынуждая таким образом собаку выполнять все бо­лее сложную задачу различения.

У большинства собак все происходило по правилам: когда они утрачивали способность различать два сигнала, у них развивался «экспериментальный невроз». Но одна собака оказалась исклю­чением: невроз у нее так и не возник, но когда различение сиг­налов стало уже невозможным, у нее в области, подвергавшейся электрической стимуляции, началась экзема. Более того, когда эксперимент был прерван, экзема исчезла. Занявшись специаль­но этой проблемой, экспериментатор обнаружил и других собак, сходным образом реагировавших на недифференцированную элек­трическую стимуляцию. Он изучил различия между животными, реагировавшими «экспериментальным неврозом», и теми, кто ре-агировал экземой, и пришел к выводу, что последние

**207**

отличаются {пользуясь его выражением) «лабильным темпера­ментом».

Я полагаю, что можно провести параллель между тем, что сторонники Павлова именуют «лабильным темпераментом», и тем, что я вслед за Балинтом назвал «рефлекторной возбудимостью» у склонных к экземе детей. Учитывая сходство между пред­расположенностью собаки (лабильным темпераментом) и ново­рожденного (рефлекторной возбудимостью), мы можем теперь оце­нить, в какой мере у каждого из них нарушается процесс науче­ния, когда они сталкиваются с противоречивыми сигналами.

Собаки, участвовавшие в этом эксперименте, были взрослы­ми особями с вполне развитой психической организацией, функционировавшей на обычном свойственном собакам уровне. Следовательно, они могли воспринимать и использовать сигна­лы в соответствии со способностью взрослых животных к на­учению, а именно использовать эти сигналы для выработки ус­ловного рефлекса. В описанном выше конкретном эксперимен­те взрослая собака сталкивается с неясным сигналом в форме тактильной электрической стимуляции. Поэтому последователи Павлова в данном случае имели дело, по сути, с нарушением нормального процесса научения. Процесс научения был заме­нен одним из двух видов расстройств: у большинства собак раз­вивался «экспериментальный невроз», у меньшинства, отличав­шегося «лабильным темпераментом», развивалась экзема.

Когда мы переходим к изучению младенцев, следует учиты­вать, что они, напротив, еще не имеют психической организа­ции и находятся в процессе формирования Я. Обычно ребенок приобретает свое рудиментарное Я в многообразных взаимодей­ствиях с матерью, в ходе которых он постепенно организует свои реакции на исходящие от матери постоянные сигналы. Он реа­гирует на эти сигналы умственным развитием, которое превос­ходит развитие собаки. В течение первых трех месяцев жизни у ребенка начинает формироваться ряд условных рефлексов. За­тем в эту картину включается новый фактор: вместо условного рефлекса, основанного на поощрении, *следующего* непосредствен­но за правильным ответом на сигнал, ребенок начинает проду­цировать «реакцию *предвосхищения».* Так возникает форма на­учения, которую, за неимением лучшего термина, я назову «научением по человеческой схеме». Она совпадает с организа­ционным уровнем Я ребенка.

Есть и еще одно серьезное различие между процессом на­учения ребенка и собаки по теории Павлова. Собаке предлага­ются сигналы, связанные с *одной-единственной* аффективной

208

ситуацией, а именно с голодом, тогда как мать предлагает ре­бенку широкий спектр сигналов, связанных с различными аф­фективными потребностями, и множество оттенков аффективно окрашенных ситуаций- Хотя эти оттенки едва заметны для взрос­лого наблюдателя, они вызывают аффективную реакцию пред­восхищения у ребенка3.

Те же аффективные сигналы должны были бы действовать и в отношениях страдающих экземой детей с матерями. Однако все складывается иначе. Непосредственное наблюдение выявляет, что эти матери предлагают своим детям лишь неустойчивые и нена­дежные сигналы. Психиатрическое исследование личности этих матерей и результаты теста Роршаха обнаружили неадекватно интегрированное Я, а также чрезмерную неконтролируемую бес­сознательную тревожность, что полностью отличается от данных исследования 165 матерей контрольной группы, которые обнару­жили гораздо более интегрированное Я и отсутствие каких-либо признаков чрезмерной бессознательной тревоги.

Неадекватно интегрированное Я матери страдающего экзе­мой ребенка особенно затрудняет для нее развитие способов стабильного контроля и компенсации бессознательной тревож­ности. Эта проблема и оказывается источником хаотичных аф­фективных сигналов, которые они подают своим детям.

Наблюдения Анны Фрейд и Дороти Берлингем (1943) за деть­ми, эвакуированными во время войны, подтвердили, что тревож­ность действительно оказывает чрезвычайно сильное воздействие на ребенка. Эти исследования показали, что дети младше трех лет не испытывали тревоги при бомбардировках Лондона, если только *тревогу не выказывали их матери. Внешние раздражи­тели не затрагивали детей* до тех пор, пока значение этих раз­дражителей не *сообщалось им посредством аффективной уста­новки матери.*

Эти процессы можно проиллюстрировать на примере одной матери: мы наблюдали, как она с выражением глубокой озабо­ченности на лице кормила своего ребенка, причем вливала ему в рот слишком большие порции. Глотательные движения жен­щины подтверждали, что в этот момент она отождествляла себя с ребенком, словно поощряла его глотать, совершая это действие вместе с ним.

Свидетельства подобных предвосхищающих аффективных реакций мла­денца можно обнаружить либо путем продолжительного наблюдения за диадой мать — дитя в течение первого года жизни, либо, что еще луч­ше, изучая кинопленки.

1405 ■ 209

Однако тут же выяснилось, что глотательные движения были вызваны отчаянными усилиями преодолеть тошноту, признаки которой вскоре проступили у нее на лице. Разумеется, ребенок первоначально не испытывал позывов к рвоте; это у матери в силу ее личных невротических причин сама мысль о глотке мо­лока вызывала дурноту. Поэтому она и переусердствовала, вли­вая молоко в рот ребенку, лишь бы скорее покончить с этим, и, разумеется, ей удалось вызвать у ребенка рвоту, что, в свою очередь, лишь усилило ее отвращение.

Это яркий пример ситуации кормления, в которой наблю­дать за матерью и распознать ее реакции было очень просто. Однако следует понимать, что конфликты присутствуют во всех отношениях подобной матери с ее младенцем. Возьмем в каче­стве второго примера другую мать, пеленающую своего ребен­ка,— неуверенность, крайняя заторможенность ее движений на­поминают замедленную съемку. Она клала младенца на весы так, словно поднимала огромную тяжесть, которая в любой мо­мент могла вырваться у нее из рук. Закрепляя пеленку, она ору­довала булавкой так, словно имела дело с заряженным ружьем, и в конце концов ухитрилась поцарапать малыша. На всем про­тяжении этой процедуры на лице матери попеременно просту­пали следующие выражения: благосклонный взгляд, с которым она приближалась к ребенку, вскоре сменился застывшей гри­масой усилия, когда она клала его на весы, затем перешел в угрюмость, завершившуюся вымученной улыбкой, когда она во­зилась с булавкой.

Эти не связанные между собой примеры характерны для всего эмоционального климата, в котором растет ребенок, стра­дающий экземой. Он постоянно сталкивается с исходящими от матери аффективными сигналами, которые, по-видимому, связа­ны с данной ситуацией, но в следующий момент бессознатель­ный конфликт вновь проступает наружу. Тревога заглушает все остальные чувства, и мать подавляет все сигналы только затем, чтобы сверхкомпенсировать причину своей тревоги и передать ребенку сигналы, противоположные ее собственным чувствам; впрочем, в другой раз она может преувеличить сигналы, соот­ветствующие ее чувствам.

Одним словом, сигналы, передаваемые матерью, не соответ­ствуют ни ее внутренней установке, ни ее обращению с ребен­ком. Ее действия нельзя рассматривать как сигналы в обычном смысле слова, потому что они не направлены на партнера. Мать выражает не свои сознательные или хотя бы бессознательные отношения с ребенком, но, скорее, изменчивость своего бессоз-

210

нательного чувства вины, призраков прошлого, вызывающих тре­вогу и препятствующих ее подлинной идентификации с ребен­ком. Поэтому мать особенно тщательно избегает наиболее эле­ментарной формы идентификации, непосредственного аффектив­ного физического контакта.

Иными словами, сообщения матери являются не сигналами, но лишь знаками или симптомами. Они могут оказаться значимы­ми в глазах взрослого, в глазах психоаналитика, но они не могут послужить ребенку указателями на пути нормального развития.

Соответственно формирование объектных отношений в от­вет на столь двусмысленные и непостоянные сигналы стано­вится для ребенка сложной задачей. В то же время формирова­ние объектных отношений, тонкой и сложной сети взаимодей­ствий между матерью и ребенком, является основой всего дальнейшего аффективного научения, нераздельно связанного с идентификацией. При последующем тестировании детей с экзе­мой полученные результаты свидетельствовали об отставании в социальной сфере и в сфере научения. Это означает, что соци­альные отношения, а также память и подражание оказались на­рушены. Как указывалось выше, страдает и первичная, и вто­ричная идентификация. Этот ущерб — прямое следствие нару­шения формирования первых объектных отношений. Особенно он заметен в сфере человеческих отношений, менее — в сфере отношений ребенка с неодушевленными предметами. Поэтому данное расстройство проявляется, в частности, в отсутствии тре­воги восьмимесячных. Поскольку эти дети не сумели сформиро­вать нормальных объектных отношений, они не способны аффек­тивно отличать мать от постороннего и поэтому не выражают тревоги, когда к ним приближается незнакомец.

Я уже раньше выказывал некоторое нежелание применять в целях объяснения концепцию «соматизации», однако два фак­тора — эксперимент Павлова с неясными сигналами и врожден­ная предрасположенность этих детей к экземе (раздражимость кожи) — позволяют предположить, что болезнь возникает в ре­зультате конфликтующих сигналов. Разумеется, нам неизвестно, какие конкретно процессы в психике ребенка вызывают этот симптом. По-видимому, эти дети катектируют кожные покровы (я имею в виду их психические репрезентанты) возросшим ко­личеством квантов либидо. Мы могли бы задать вопрос, что пред­ставляет собой эта кожная реакция — попытку адаптации или защитный механизм. Реакция ребенка может быть своего рода попыткой воззвать к матери, заставить ее чаще прикасаться к нему, но может быть также и формой нарциссического ухода от

**■-** **711**

мира в том смысле, что благодаря экземе ребенок обеспечивает себе соматические раздражители, в которых ему отказывает мать. Ответа мы не знаем.

**КОЛЕБАНИЕ МЕЖДУ БАЛОВСТВОМ И ВРАЖДЕБНОСТЬЮ (РАСКАЧИВАНИЕ У МЛАДЕНЦЕВ)**

**Клинические и другие данные**

Весьма распространенное двигательное расстройство, известное как раскачивание у младенцев, особенно часто отме­чается в воспитательных заведениях. Само по себе такое пове­дение едва ли можно назвать патологией, поскольку почти каж­дый ребенок прибегает к нему в том или ином возрасте. Одна­ко до шести месяцев оно встречается редко и совершается лежа на спине; чаще же дети начинают раскачиваться после шестого месяца жизни на четвереньках, а начиная с десятого месяца раскачивание или другие подобные движения могут производить­ся стоя.

Если раскачивание в младенчестве превращается в патоло­гию, оно становится главным занятием ребенка, заменяя ему практически все обычные виды деятельности, характерные для этого возрастного уровня. Это было отмечено у детей, за кото­рыми мы наблюдали систематически. Более того, нас поразило, с каким неистовством исполнялось это движение, которое тре­бовало гораздо больше моторики и энергии, чем обычно отме­чается у детей данного возраста.

Этот синдром изучался нами в сотрудничестве с Кэтрин М. Вульф в группе из 170 детей в заведении, которое я назвал яслями. Мы хотели установить причины появления и значение трех видов аутоэротической деятельности на первом году жиз­ни, а именно раскачивания, игры с фекалиями и игры с гени­талиями4. В ходе этого исследования мы обнаружили, что из 170 наблюдавшихся детей 87 в тот или иной период первого года жизни начинали раскачиваться, а остальные подобной наклон­ности не проявляли.

Затем мы попытались установить, что побуждает одних де­тей прибегать к раскачиванию, а других нет. Мы искали воз­можные этиологические факторы и разделили их на врожден­ные, наследственные и факторы окружающей среды.

4 Наши данные и выводы были представлены в статье «Аутоэротизм» (Spitz and Wolf, 1948).

Мы исследовали популяцию с точки зрения врожденных различий. Результаты убедили нас в отсутствии серьезных врож­денных расстройств. Что касается наследственности, мы не рас­полагали достаточной информацией по нашей популяции, одна­ко нам казалось, что при примерно равном соотношении на­следственные факторы не могут быть особо существенными, тем более что различия в средних показателях развития у тех и у других детей оказались минимальными.

Таким образом, решающим, по-видимому, является фактор окружения. В яслях определенные составляющие внешнего окружения находились под контролем самого заведения и явля­лись одинаковыми у всех воспитанников: пища, кров, одежда, гигиенические процедуры, кровать, игрушки, распорядок дня.

Тем самым в заведении оставался лишь один переменный фактор окружающей среды — человеческий, который для детей этого возраста обладает величайшей эмоциональной ценностью. Мы не устаем повторять, что в первый год жизни все элементы человеческой жизни опосредствуются через мать, через объект­ные отношения. Поэтому мы уделили особое внимание различи­ям в установках и поведении матерей у раскачивающихся и не раскачивающихся детей.

Отношения между раскачивающимися детьми и их матеря­ми были весьма своеобразны. Нельзя говорить об их отсутствии, но нельзя также назвать их уравновешенными и тесными. В це­лом матери этих детей являлись экстравертированными и гото­выми к интенсивным позитивным контактам с выраженными ал-лопластическими тенденциями. В большинстве это инфантиль­ные личности, не способные контролировать свою агрессию, находящую выход в частых взрывах негативных эмоций и ярост­ной, нескрываемой враждебности.

Эти матери стали жертвами собственных эмоций и в силу своей инфантильности не умели осознавать последствия своего поведения, оставаясь крайне непостоянными в своих отношени­ях с окружением. В стенах исправительного заведения дети, ес­тественно, оказались единственной отдушиной для лабильных эмоций своих матерей, и поэтому они подвергались то интен­сивному натиску нежности и «любви», то столь же мощным вспышкам ненависти и гнева. Одним словом, происходили стре­мительные переходы от баловства к враждебности.

Мы обнаружили также определенную закономерность в профиле развития раскачивающихся детей. Как указывалось ра-Нее, каждый ребенок регулярно подвергался тестированию, и мы выяснили, что раскачивающиеся дети обладают особым

213

характерным профилем развития, в то время как профили раз­вития других детей не обнаружили подобного единства и зна­чительно различались.

Независимо от общего уровня развития две трети раска­чивающихся детей обнаружили характерные низкие показатели в профиле развития. Эти показатели могут отражать полную за­держку в данной сфере по отношению к хронологической нор­ме или относительную задержку, но в сравнении с остальными сферами личности.

Раскачивающиеся дети отстают в двух сферах развития, а именно: в социальной адаптации и в способности манипулиро­вать. Манипулирование отражает способность ребенка брать иг­рушки, вещи, вообще обращаться с неживыми предметами, т. е. данный показатель оценивает отношение ребенка к «предметам». Социальная адаптация отражает развитие ребенка в сфере че­ловеческого общения. В совокупности задержка в обеих сферах означает неспособность раскачивающихся детей *общаться* как с живым, так и с неживым окружением, недостаток инициати­вы в отношениях с внешним миром.

Каков вклад матери в этот дефект развития? Покойная Кате­рина Вульф высказала предположение, что только после того, как установятся отношения с либидинозным объектом и будет достигнуто его постоянство, ребенок сможет вступать в отноше­ния с неодушевленными предметами.

В таком случае мы можем предположить, что мать раска­чивающегося ребенка помешала установлению у него первич­ного либидинозного объекта и тем самым сделала затруднитель­ными, если не невозможными, все дальнейшие объектные от­ношения. Другими словами, противоречивое и непостоянное поведение матери приводит к тому, что в памяти ребенка от­кладываются конфликтные репрезентанты объекта. Этот резерв следов памяти не допускает слияния направленных на мать вле­чений в единый либидинозный объект. Подобный опыт не до­пускает создания объекта, сохраняющего свою идентичность в пространстве и времени. С точки зрения развития репрезента­ция объекта не тождественна самой себе из-за постоянных от­клонений и перепадов в «температурном режиме» эмоций ма­тери. Первоначальный опыт отношений с будущим либидинозным объектом, помимо прочего,1 задает паттерн ожидания. Если же последний отсутствует, к каждому отдельному репрезентанту объекта приходится подходить методом проб и ошибок, как к эксперименту, приключению и опасности.

**Динамические процессы**

*Либидинизация тела и его частей.* Эти рассуждения проливают свет на динамику, побуждающую этих детей выби­рать раскачивание в качестве основной активности. При нор­мальном развитии младенец проходит несколько последователь­ных стадий, ведущих к установлению либидинозного объекта. Это развитие является отчасти результатом взаимодействий с мате­рью: полученный таким образом опыт активизирует процессы, в ходе которых различные части тела младенца либидинизиру-ются. Точнее говоря, катектируются психические репрезентан­ты этих частей тела. Некоторые части или зоны тела, несом­ненно, являются биологически «предопределенными эрогенны­ми зонами» (Freud, 1905); это подтверждается, например, тем, что зародыш может сосать большой палец, еще находясь в *ут­робе* (Hooker, 1939, 1952),

Соответственно я склоняюсь к предположению, что либиди­низация специфических частей тела и их локализация имеет под собой биологические основания или биологический субстрат: она глубоко связана с хронологией миелинизации. Внутриутробное сосание большого пальца связано с тем, что наиболее ранними миелинизированными зонами у зародыша являются желудок, рот и рука (Tilney and Casamajor, 1924). Поэтому зоны рта и руки или, вернее, их основные репрезентанты обнаруживают опре­деленное родство. В этом смысле можно сказать, что уже в ходе эволюции эти зоны оказались в привилегированном положении по сравнению с остальным, пока еще не дифференцированным телом.

Вследствие этой пренатальной координации руки и рта мож­но было бы ожидать, что в аутоэротической активности младен­ца она будет играть важную роль также и в постнатальный пе­риод в форме, описанной Хоффером (1949), а на более поздней стадии — в форме сосания пальца.

Тем не менее ранняя миелинизация — не единственный спо­соб обеспечить определенной части тела привилегированное по­ложение. В действительности младенец уделяет оральное вни­мание многим органам: большому пальцу на ноге, губам, языку. Но лишь *после того,* как они катектируются в результате объект­ных отношений, рука в качестве активного посредника при ауто-эротическом самоудовлетворении проходит такую же эволюцию. Нам известна явно аутоэротическая игра руки с различными ча­стями тела, например с ухом. Эта игра может вытеснять соса­ние пальца и происходить наряду с ним. В силу определенных

215

причин катексис, обычно принадлежащий репрезентантам ораль­ной зоны, переходит на руку. Сама эта деятельность содержит врожденные компоненты, поскольку ритмическая мануальная активность может наблюдаться уже у новорожденных в процессе кормления, и, по всей вероятности, она филогенетически восхо­дит к поведению млекопитающих в период вскармливания. Од­нако когда аутоэротическая манипуляция становится важнее дру­гих нормальных видов детской активности (включая сосание пальца), мы должны рассматривать это как индивидуальное и благоприобретенное поведение. Более того, это поведение, по всей видимости, возникает в особого рода объектных отношени­ях. Подергивание за уши и даже за волосы — это еще сравни­тельно приемлемые виды подобной активности; гораздо хуже, когда ребенок начинает царапать себе лицо, вращать головой и биться ею о стену.

Из этого краткого перечня становится ясным, что даже те области тела, которые изначально не обладают филогенетичес­кой предрасположенностью, в ходе развития зачастую могут эро­тизироваться. Как заметил Фрейд (1905) в связи с проблемой эрогенности: «Любая область кожи или слизистой может взять на себя функции эрогенной зоны». Ощущение удовольствия, до­бавил он, вызывается преимущественно характером стимула, а не природой соответствующего участка тела. В качестве одной из наиболее важных характеристик подобных стимулов Фрейд выделяет ритмичность. Хотя Фрейд пытался привлечь внима­ние к значимости ритма много лет назад, в психоанализе этот аспект детской активности остается одним из наименее изучен­ных. Одним из немногих авторов-психоаналитиков, кто обратил­ся к проблеме ритмичности, был Германн (1936). Хотя я занялся этим предметом в 1937 г., должен сознаться в собственном упу­щении: проводя наблюдения за младенцами, я недостаточно ис­следовал это явление, отчасти из-за отсутствия подходящих технических средств. Однако при постоянном совершенствова­нии записывающей аппаратуры наблюдатели, изучающие детей, уже могут без труда получить всю важную информацию, каса­ющуюся ритмической активности. В данный момент я могу со­общить лишь некоторые свои впечатления: например, даже в неонатальный период ритм сосания, судя по всему, соответствует ритму движения рук, хотя они не обязательно совпадают. До сих пор еще не выяснено, каким образом такая координация соотносится с ритмами, возникающими на более поздних стадиях.

*Нарушения в формировании объекта.* Если мы теперь рассмотрим различные формы аутоэротической активности,

доступные ребенку на первом году жизни, такие, как сосание пальца, игра с губами, ушами, носом, волосами, гениталиями и другими облюбованными частями тела, мы увидим, что любая из этих форм предполагает «объект» и подразумевает катексис его репрезентантов. Это вторичный, нарциссический, катексис, а вызываемая им активность имеет все свойства аутоэротизма. Такой характер активности помимо прочего связан с ритмично­стью стимуляции, в результате которой определенный «объект», определенная часть тела становятся привилегированными, вы­делившись из остальной массы.

Единственный вид аутоэротической активности, который не требует подобного выбора и выделения привилегированного «объекта»,— это раскачивание, когда аутоэротической стимуля­ции подвергается все тело младенца. Эта активность является безобъектной или, скорее, вовлеченным в нее объектом оказы­вается объект *первичного* нарциссического влечения. Это не обус­ловлено регрессией: раскачивающиеся младенцы, как правило, оказываются отсталыми. Их развитие остановилось, у них не было возможности прогрессировать (это надо подчеркнуть особо) и выйти за пределы первичного нарциссического катексиса. Им не предоставили возможности сформировать следы памяти об объекте, сохраняющем единство в пространстве и времени, по­стоянном относительно самого себя. Этим детям не была дана возможность включить репрезентанты привилегированных час­тей своего тела в действие, противодействие и взаимодействие с телом матери. В качестве будущего объекта мать оказалась настолько противоречивой, что не позволила ребенку использо­вать себя как модель для формирования объекта, сохраняющего идентичность с собой в пространстве и времени, и поэтому столь же невозможным оказалось установление отношений с другими объектами. Если даже эти отношения в какой-то степени и воз­можны, они все равно нарушены неадекватностью первоначаль­ного опыта. Еще один аспект раскачивания в определенной мере подтверждает данные наблюдения. Раскачивание — один из не­многих аутоэротических действий в данном возрасте, производя которое ребенок зачастую обнаруживает нечто, напоминающее оргазмическое удовольствие, неистовый восторг. При раскачи­вании не происходит расщепления либидинозного влечения на различные подчиненные виды разрядки (подобные тем, которые обнаруживаются в игре с гениталиями и любого рода игре). В Данном случае влечение полностью направлено на первичный НаРЦИссический объект, на собственное тело ребенка. Это сопо­ставимо с установлением примата гениталий, когда парциальные

влечения, исходящие от эрогенных зон, сосредоточиваются на гениталиях. Однако в раскачивании нет подобной реконцентра-ции, поскольку влечение еще не успело расщепиться на парци­альные влечения, которые в этом возрасте еще не локализова­ны в соответствующих зонах. Речь идет скорее о недифферен­цированном влечении, которым нарциссически наделяются психические репрезентанты собственного тела.

Таким образом, непоследовательное и противоречивое поведе­ние матери препятствует формированию адекватных объектных отношений и задерживает развитие ребенка на уровне первич­ного нарциссизма, а потому разрядка либидинозного влечения ограничивается у него исключительно раскачиванием.

**ЦИКЛИЧЕСКАЯ СМЕНА НАСТРОЕНИЯ У МАТЕРИ (ИГРА С ФЕКАЛИЯМИ И КОПРОФАГИЯ)**

**Клинические наблюдения**

Копрофагия и игра с фекалиями редко возникают на первом году жизни. Насколько мне известно, об этом феномене не опубликовано ни одного систематического исследования.

Среди относительно большого числа детей (366), которых мы подробно исследовали в течение длительного периода на пер­вом году жизни, это поведение было отмечено только в одном заведении, а именно в яслях. Там мы выявили 16 случаев, что составляет примерно 10% от всей популяции младенцев. Копро-фагическое поведение было выявлено между 9-м и 15-м меся­цами жизни.

Чтобы определить условия, способствующие проявлению коп­рофагии, мы провели систематическое исследование всей попу­ляции, находившейся в тот момент в яслях, а именно 153 детей и их матерей.

Игра с фекалиями отмечена в наших записях самое раннее в возрасте восьми месяцев и трех дней. Большинство случаев распределяются между десятым и четырнадцатым месяцами жиз­ни. В И случаях из 16 игра с фекалиями достигала кульмина­ции в копрофагии, поэтому мы будем далее говорить об этих проявлениях одновременно. Хотя игра с фекалиями сама по себе продолжается довольно длительное время и обнаруживает мно­жество вариантов, сопровождающие ее движения рта, выраже­ние лица и последовательность жестов указывают, что все это составляет лишь предварительную стадию перед заключитель­ным актом, когда ребенок кладет фекалии в рот, а иной раз их

проглатывает. Если последнее не зафиксировано, тем не менее ребенок мог их проглотить в наше отсутствие. Поэтому мы при­шли к заключению, что игра с фекалиями на первом году жиз­ни непосредственно связана с оральным поглощением.

**Отношения между матерью и ребенком**

Более подробное исследование отношений между де­прессивными матерями и их детьми выявляет дальнейшие важ­ные детали. Мы обнаружили, что для этих матерей характерна постоянная смена настроений по отношению к ребенку. Продолжи­тельность того или иного настроения составляла от двух до шес­ти месяцев. В некоторых случаях мы отмечали четырехкратное изменение отношения за год. Эти настроения простирались от крайней враждебности, связанной с отвержением, до крайней компенсации этой враждебности в форме «гиперопеки».

Я сознательно заключаю термин «гиперопека» в кавычки, поскольку в протоколах многих случаев копрофагии зафиксиро­вано, что мать нежна и ласкова с ребенком, но из комментари­ев следует также, что в этой любви присутствует момент пре­увеличения. Мы отмечали, например, что мать, словно зачаро­ванная, не может оторваться от ребенка или утверждает: «Мне не хочется даже глядеть на чужих детей — только на моего род­ненького». Некоторые матери испытывали к чужим детям та­кую неприязнь, что не только старались не замечать их, но по­рой пытались причинить им вред.

Отвержение или враждебное поведение тоже выглядит несколько необычно. Матери детей, не склонных к копрофагии, обычно выражали открытое отвержение, объявляя вслух, что этот ребенок нежеланен, после чего он отдавался усыновителям. Од­нако подобного рода открытое отвержение со стороны матери редко встречается в группе детей-копрофагов. Столь же редки в этой группе и прямые враждебные высказывания матерей в аАрес ребенка. Одна из них сказала: «Терпеть не могу, когда моего ребенка называют милочкой». Однако при отсутствии от­крытых проявлений чувств бессознательное враждебное пове­дение по отношению к своему ребенку отмечается у всех 16 матерей.

Необычайно большое число детей-копрофагов {6} пострада­ло из-за своих матерей. Они обжигались или обваривались кипятком; один проглотил булавку, другой упал вниз головой, тРетий едва не утонул в ванне; Складывается впечатление, что без тщательного и внимательного ухода со стороны персонала

219

многие из этих детей просто не выжили бы. Следует отметить, что при проведении этого исследования в данной группе деп­рессивных матерей было отмечено только два случая сексуаль­ного поведения матери по отношению к ребенку.

Если в семи случаях мать проявляла любовь к ребенку в первые месяцы его жизни, а враждебность возникала позже, то в пяти случаях наблюдалась обратная последовательность, в че­тырех случаях наши записи данных на этот счет не содержат.

**СОЗНАТЕЛЬНО КОМПЕНСИРОВАННАЯ МАТЕРИНСКАЯ ВРАЖДЕБНОСТЬ (ГИПЕРТИМНЫЙ РЕБЕНОК)**

Относительно клинической картины последствий со­знательно компенсированной материнской враждебности мы рас­полагаем весьма скудным материалом. Причина этого достаточ­но проста: подобная материнская позиция практически незаметна и открывается лишь очень умелому наблюдателю-психиатру. Это же относится и к реакции, вызываемой этой установкой, посколь­ку данное состояние достигает зрелой формы к возрасту, дале­ко выходящему за рамки нашего исследования. Соответственно получить подтверждение, что подобная клиническая картина име­ла место, можно лишь в результате продолжительных наблюде­ний как за родителями, так и за ребенком. Я включаю в эту главу лишь краткое описание, чтобы указать читателям, занима­ющимся подобными исследованиями, на саму вероятность по­добной картины, чтобы они сами могли проверить, верна ли дан­ная гипотеза или же нуждается в модификации.

В подобных случаях поведение матери проистекает из осоз­нанного конфликта, поскольку для таких матерей ребенок стано­вится отдушиной для нарциссического и эксгибиционистского удовлетворения, а отнюдь не объектом любви. Тем не менее мать понимает, что неправильно относится к ребенку, чувствует себя виноватой и поэтому сознательно предлагает компенсацию в виде эдакого кисло-сладкого сиропа. Подобная позиция достаточно часто встречается в кругах интеллигенции.

Отцы в таких случаях оказываются агрессивными и весьма успешными в своей профессии, скорее всего, благодаря спо­собности к открытому выражению враждебности. В отношениях с ребенком они энергичны, шумливы, с некоторой склонностью к эксгибиционизму, не умеют вовремя остановиться и зачастую путают ребенка резкостью и проворством, не обращая внима­ния .на протесты обеспокоенной матери.

Что касается самих детей, прежде всего бросаются в глаза их манипуляционные навыки. Но это неудивительно; я вспоми­наю несколько случаев, когда дети едва помещались в манеже, доверху забитом игрушками, которыми задаривали их родители, откупаясь от чувства вины. Естественно, эти дети успели хоро­шо познакомиться с неодушевленными предметами и прекрас­но владели ими, однако в социальной сфере их развитие обна­руживало заметную задержку в соответствии с теми отношени­ями, которые предложили им родители. Ко второму году жизни эти дети были склонны к повышенной активности, но малооб­щительны и постоянно ломали игрушки. Их не интересовали кон­такты с людьми, и они проявляли враждебность к тем, кто пы­тался с ними сблизиться. Катамнез прослеженных нами случа­ев, на мой взгляд, указывает, что личность этих детей развивалась в том же направлении, что и у «агрессивных гипертимиков», описанных Джоном Боулби (1946).

**Дж. Боулби**

**КАК ОЦЕНИВАТЬ НАНЕСЕННЫЙ УЩЕРБ? 1**

**ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО ДЕПРИВИРОВАННЫХ МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА**

Многие источники свидетельствуют о том, что лише­ние ребенка материнской любви в раннем возрасте имеет дале­ко идущие последствия для умственного и личностного разви­тия. Эти источники можно разделить на три основных класса:

1. Прямые исследования: непосредственные наблюдения" пси­хического здоровья и развития детей в приютах, больницах, до­мах ребенка.

2. Ретроспективные исследования: изучение истории детства тех юношей и взрослых, которые в настоящее время страдают психологическими недугами.

3. Лонгитюдные исследования: продолжительные исследова­ния детей, в ранние годы страдавших от депривации, направлен­ные на диагностику состояния их психики.

Поразительно то, что все эти исследования во многом под­тверждают и дополняют друг друга, хотя выполнены они людь­ми разных национальностей, разных профессий, часто незнако­мых между собой и не имеющих ни малейшего представления о результатах и выводах друг друга. Несмотря на то что каждо­му отдельному вкладу недостает полноты, научной достовернос­ти или точности, все они прекрасно соответствуют общей кар­тине. В науке ничто не имеет большего значения, чем это. Раз­ногласий мало — только три лонгитюдных исследования, на которых мы остановимся позже.

Наиболее многочисленны прямые исследования. Они ясно показали, что лишение материнской заботы почти всегда ведет к задержке развития ребенка — физического, интеллектуально­го, социального, могут появиться симптомы физических и пси­хических болезней. Такие сведения вызывают сильную тревогу, но некоторые скептики задаются вопросом, насколько устойчи­ва такая задержка и нельзя ли легко вылечить подобные неду­ги. Ретроспективные и лонгитюдные исследования показали, что такой оптимизм далеко не всегда оправдан, что детям наносит­ся большой урон на всю жизнь. Такое безрадостное заключение теперь уже следует считать доказанным.

1 Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия. М., 1991, стр-144—154.

До сих пор, однако, мало что известно о некоторых важных аспектах этого вопроса. Например, совершенно неясно, почему одни дети страдают, другие нет. Может быть, здесь свою роль играет наследственность, но перед тем как приступить к всевоз­можным интерпретациям, важно рассмотреть, что мы знаем о влиянии возраста ребенка, продолжительности депривации и осо­бенно ее степени; каждый из этих трех факторов представляет­ся нам жизненно важным.

Мы рассмотрим все три класса исследований с особым вни­манием к этим трем факторам — возрасту, в котором ребенок лишается материнской- заботы; продолжительности этого лише­ния; его полноты. Проводимые большим числом специалистов прямые исследования маленьких детей, полностью лишенных материнского ухода, показали, что может быть нарушено физи­ческое, умственное, эмоциональное, социальное развитие ребенка. Все дети до семи лет находятся под угрозой отклонений, неко­торые болезненные проявления ясно различимы уже в первые недели жизни.

Большое число исследований было посвящено изучению пси­хофизиологических последствий лишения матери в приютах. Ре­зультаты этих работ слишком объемны, чтобы приводить их здесь, однако во всех исследованиях было показано, что нездоровые про­явления разлучения с матерью появляются с нескольких недель жизни. Подобные свидетельства со стороны многих авторитетов не оставляют сомнения в том, что развитие младенца в приюте почти с самого начала жизни ниже нормы. Среди прочих симп­томов можно отметить, что депривированный ребенок чаще все­го не способен улыбаться при виде человеческого лица, он мо­жет не ответить на «воркование» взрослого, может иметь плохой аппетит и, несмотря на правильное питание, будет плохо наби­рать вес, он может плохо спать и не проявлять инициативы.

Тщательное изучение детского лепета и плача показало, что приютские дети с рождения и до шести месяцев всегда менее «разговорчивы», чем их сверстники из семей; различие очевид­но еще до двухмесячного возраста. Такого рода отставание — самое характерное отклонение приютских детей всех возрас­тов. Были разработаны тесты для диагностики маленьких детей (подобные тестам интеллекта для старших детей). Таким обра­зом сравнивалось развитие детей, живущих в разных условиях. Эти тесты были апробированы на нескольких группах амери­канских детей. Была группа из шестидесяти одного ребенка, на­бранная из городских домов, не выделяемых ни по какому при­знаку; двадцать три ребенка, чьи родители имели специальность;

одиннадцать из семей крестьян; шестьдесят девять детей от ма­терей-одиночек. Всем им на время первого тестирования было от одного до четырех месяцев.

На этой стадии группа «специалистов» была наиболее разви­той, за ними шла «неотобранная» городская группа, затем дети крестьян и «незаконные» младенцы. Их вновь тестировали во­семь месяцев спустя. Это время все группы, кроме «неотобран­ной», провели со своими матерями; городская группа находи­лась в пансионате. Тестирование показало сходное с прежним соотношение развития всех групп, находившихся с матерями (хотя «специалисты» уже не так лидировали, а «незаконные» несколько подтянулись), но пансионатские дети отстали от них страшно и были намного ниже нормы своего возраста.

Эти младенцы жили в условиях, особенно плохих с психоло­гической точки зрения — не более одной сиделки на семерых младенцев. Их мир был ограничен кроваткой и спальней, что ставило их в условия одиночного заключения. Однако многие исследования указывают на то, что задержки могут иметь место и в условиях, совсем не настолько плохих, как эти. Было изуче­но двадцать девять детей в возрасте от шести месяцев до двух с половиной лет (большинство в возрасте от девяти до пятнад­цати месяцев), все они были усыновлены. Обо всех заботились их приемные матери; у пятнадцати матерей не было других де­тей, у остальных было еще несколько (до трех). Младенцы, по­лучавшие все материнское внимание, были в среднем впереди в своем развитии, а те, кому приходилось делить его с другими детьми, отставали. В другом исследовании сравнивалось разви­тие ста двадцати двух детей, восемьдесят три из которых жили в приюте, а тридцать девять в приемньгх домах, но в первые два месяца также живших под опекой общества. Приютские дети жили в помещении, вмещавшем семьдесят младенцев. Весь пер­сонал состоял из десяти сиделок, днем только две из них посто­янно присутствовали в спальне. Все младенцы прошли тестиро­вание в возрасте шести месяцев. У приемных детей результаты были чуть выше среднего, у приютских — чуть ниже.

Несколько исследований, проведенных в Австрии, Франции, Дании и США, показывают сходную задержку развития на вто­ром и последующих годах жизни. В одном тщательном исследо­вании тридцати детей в возрасте от тридцати четырех до тридцати пяти месяцев, половина которых жила в приюте, а другая поло­вина после четырех месяцев в приемных домах, развитие при­емных детей оказалось средним, в то время как приютские дети были на грани психической дефективности. Другой исследова-

тель сравнивал группу из ста тринадцати детей в возрасте от одного до четырех лет, из которых почти все провели свою жизнь в одном из двенадцати приютод, с группой детей, живущих дома, но находящихся днем в яслях. Матери этих детей работали, и поэтому обстановка дома часто была очень неудовлетворитель­ной. Но даже несмотря на это, среднее развитие детей из се­мьи было нормальным, в то время как приютские дети отстава­ли в развитии. Такое различие было обнаружено на трех возра­стных уровнях — на втором, третьем, четвертом годах жизни.

И хотя все находки показывают одно и то же, их достовер­ность часто подвергается сомнению на основании того, что мно­гие приютские дети были рождены родителями с нездоровой физической и психической наследственностью, что исключитель­но наследственностью можно объяснить все существующие раз­личия. Те, кто высказывает подобные возражения, по-видимому, не знают, что в большинстве описанных исследований были ис­пользованы группы детей из семей и приютов, родители кото­рых принадлежали к одному социальному классу и обладали сходной наследственностью; дети изучались в одном возрасте, что позволяет проводить сравнения между ними. Единственный надежный метод, позволяющий исключить фактор наследствен­ности,— это сравнение идентичных близнецов. На человеческих близнецах данная проблема не изучалась, но одним психологом был проведен эксперимент на близнецах-козлятах. Один из них каждый день изолировался от матери, другой нет. Кроме ежед­невного экспериментального периода, продолжавшегося сорок минут, оба козленка все время жили и кормились матерью. Во время экспериментального периода около них периодически за­жигался огонь, что, как известно, вызывает тревогу у этих жи­вотных. Однако поведение близнецов при этом было совершен­но различным. Тот, который все время оставался с матерью, легко и свободно передвигался; периодически изолируемый был «пси­хологически заторможен» и пугливо сидел в углу. В одном из первых экспериментов изолируемый близнец перестал сосать свою мать, а поскольку экспериментатор не знал этого и не мог вмешаться, козленок умер через несколько дней. Это достаточ­но полно демонстрирует вред лишения матери для молодых мле­копитающих и окончательно отвергает доводы об обусловленно­сти наблюдаемых явлений наследственностью.

Более того, бесчисленные источники свидетельствуют, что причиной всех бед является именно лишение матери. Во-пер­вых, ряд исследований совершенно ясно показал, что чем продолжительнее депривация, тем ниже уровень развития

15-1405 225

ребенка. Во-вторых, экспериментальные данные свидетельству­ют о том, что у ребенка, даже остающегося в стенах приюта, но получающего от «заместителя» матери дополнительную заботу, уменьшаются нездоровые проявления. Около двадцати лет на­зад были исследованы две группы двухлетних детей, живших в одном приюте. К детям одной группы почти не проявляли не­жности, хотя их физиологические потребности удовлетворялись. В другой группе к каждому ребенку была приставлена сиделка, так что недостатка в любви и нежности они не испытывали. Че­рез полгода первая группа отставала от второй и в умственном, и в физическом развитии.

Есть, наконец, и данные о видимых изменениях в состоянии ребенка после его воссоединения с матерью. Один специалист говорит: «Поразительна та скорость, с которой исчезают "гос­питальные" симптомы после того, как ребенок попадает в хоро­ший дом. Ребенок быстро становится оживленнее и отзывчивее; если у него был жар, он проходит в срок от двадцати четырех до семидесяти двух часов; очевидны и прибавка в весе, и улуч­шение цвета лица».

В качестве примера он приводит четырехмесячного мальчи­ка, который два последних месяца провел в больнице и весил меньше, чем при рождении. Его состояние было критическим. Его внешний вид напоминал облик бледного, морщинистого ста­рика. Его дыхание было настолько слабым и поверхностным, что, казалось, оно вот-вот остановится. Через двадцать четыре часа пребывания дома он уже лепетал и улыбался. И хотя в его дие­те не произошло никаких изменений, он начал быстро набирать вес и к концу первого года достиг возрастной нормы. Во всех отношениях это был нормальный ребенок.

Всем очевидны эти трагические изменения в поведении и чувствах детей, лишенных матери, и благотворные результаты воссоединения детей с матерями, однако поражает невнимание к этим вопросам до недавнего времени. Настолько болезненна та агония, в которой пребывают оторванные от матери дети, что, может быть, те, у кого есть о ком заботиться, защищаясь, закры­вают глаза. А в существовании этих бед не может быть ника­ких сомнений, настолько сходные картины рисуют нам различ­ные исследователи.

Уже приводилось описание типичного изолированного ребен­ка — апатичного, несчастного, равнодушного к улыбке или речи взрослого. Состояние ребенка в возрасте от шести до двенадцати месяцев было предметом систематического изучения. Для этого со­стояния характерна форма депрессии, которой присущи многие

характеристики типично взрослой депрессии, наблюдаемой в пси­хиатрических клиниках. Эмоциональный тон характеризуется тре­вогой и печалью. Ребенок отстраняется от всего, что его окружает, не пытается войти в контакт с незнакомцем, не радуется, если незнакомец к нему обращается. Активность подавлена, ребенок ча­сто инертно сидит или лежит в каком-то поразительном ступоре. Многие плохо спят, аппетит страдает у всех. Все весят меньше нормы и часто заражаются. Общее развитие явно нарушено.

Можно задаться вопросом: в каких условиях развиваются подобные симптомы? В целом это характерно для младенцев, имевших до шести-девяти месяцев хорошие отношения с мате­рями, а затем резко разлученных с ними без предоставления соответствующего «заменителя». После диагностики семидесяти пяти детей оказалось, что двадцать процентов реагировало на разлучение тяжелой депрессией, двадцать семь процентов — деп­рессией средней силы, что в целом составляет около пятидеся­ти процентов. Страдали почти все дети, имевшие теплые, не­жные отношения с матерью. Это значит, что реакция депресси­ей на разлуку является нормой для данного возраста. Тот факт, что большинство детей с тяжелыми отношениями со своими ма­терями избежали депрессии, говорит о том, что их внутреннее развитие уже было нарушено, их способность к будущей любви уже ослаблена. Недуг не разбирал ни пола, ни расы: мальчики и девочки, белые и цветные — все были поражены им. Хотя при воссоединении идет быстрое выздоровление, нельзя не учиты­вать возможности открытия душевных ран в будущем, посколь­ку при длительных неблагоприятных условиях выздоровление затрудняется. Некоторые исследователи считают, что после трех месяцев депривации происходят качественные изменения и пол­ное выздоровление достигается редко, если достигается вообще.

Было замечено, что нарушения в развитии могут быть вызва­ны разлучением даже в более раннем возрасте. Эти нарушения совсем не так трагичны, как у старших детей, и были названы «умеренной депрессией». Но дальнейшие исследования показа­ли несостоятельность этого термина, поскольку состояние детей не было «умеренным», не могло быть определено и как депрес­сивное в обычном понимании этого термина. Те нарушения, к которым склонны дети от трех до шести месяцев, проявляются не сразу.

Следует подчеркнуть, что можно частично избежать наибо­лее неблагоприятных последствий- если в первый год о ребен­ке будет заботиться «заместитель» матери. До недавнего време­ни многие считали, что забота подобного «заместителя» может

иметь полный успех в течение первого года. Однако некоторые исследователи теперь уверены, что урон часто приносится сме­ной матери уже в три месяца. Тем не менее все соглашаются с тем, что такая забота хотя и не полностью удовлетворительна, но совершенно необходима и ее всегда следует предоставлять. На втором и третьем годах жизни эмоциональный отклик на раз­луку с матерью уже не только сильнее; новую мать часто от­вергают, ребенок сильно, безутешно горюет в течение дней, не­дель и даже большего времени без всяких просветов. В это время он находится в состоянии «возбужденного» отчаяния, кричит или стонет. Еда, как и услуги, отвергается. Единственное облегче­ние приносит сон. После нескольких дней он успокаивается и может впасть в апатию. Находясь в этом состоянии, он посте­пенно начинает проявлять больший интерес к незнакомой ему обстановке. Однако в течение нескольких недель или месяцев он может проявлять свое прежнее, младенческое поведение. Он мочится в кровать, мастурбирует, отказывается говорить и на­стаивает на том, чтобы его носили на руках. Неопытная сидел­ка может при этом принять его за умственно неполноценного.

Естественно, что реакции детей этого возраста во многом отличаются друг от друга и не все дети ведут себя описанным нами образом; но опять мы видим, что чем интимнее и счастли­вее были у детей отношения со своими матерями, тем сильнее они страдают. Те дети, которые не имели постоянной матери, не проявляют подобных реакций — результат уже нарушенной эмоциональной жизни. И хотя неопытная сиделка приветствует ребенка, который считает, что один взрослый другого стоит, и критикует «семейного», который бурно реагирует и кажется ей «испорченным», все говорит о том, что бурная реакция нормаль­на, а апатичная покорность — признак нездорового развития.

Те, кто не хочет признавать реальность и серьезность этих отклонений, часто выражают веру в то, что путем мудрого управ­ления можно их легко избежать. Хотя и требуется продолжение соответствующих исследований, но есть все основания считать, что очень трудно предотвратить подобные отклонения. Хорошо известно, что дети, находящиеся в госпитале на втором и тре­тьем году жизни, сильно расстраиваются после посещения их родителями, а попытки предотвратить это успеха не имеют. Бо­лее того, миссис Бурлинхэм и мисс Анна Фрейд, имевшие опыт нескольких лет работы в пансионате для детей в Хэмпстеде во время Второй мировой войны и прилагавшие все силы для без­болезненного перехода детей из семьи в пансионат, ни в каком отношении не добились успеха. В одном из своих ежемесячных

228

докладов они писали: «...Мы пытались разработать процедуру "стадийного разлучения", чтобы облегчить последствия разлуки для детей. Хотя она оказалась благотворной для детей от трех-четырех лет и старше, мы обнаружили, что **очень мало можно сделать для предотвращения регрессии (т.** е. возврата к более инфантильному поведению) у детей **от полутора до двух с по­ловиной лет.** Младенцы этого возраста видимым образом никак не реагируют на внезапные изменения. Помимо этого они стре­мятся потерять свои эмоциональные привязанности, возвраща­ются к инстинктам, регрессируют в поведении».

Они иллюстрируют указанные трудности полным отчетом о поведении мальчика двадцати четырех месяцев. Это был хоро­шо развитый ребенок, находившийся в прекрасных отношениях с матерью. Несмотря на то что за ним присматривала одна си­делка, а мать первую неделю посещала его каждый день, его поведение нарушилось, когда мать сократила свои визиты до двух в неделю, а затем совсем перестала его посещать.

«Он стал апатичным, большую часть времени, сидя в углу, сосал или дремал, а в остальное время был очень агрессивен. Он почти совсем перестал разговаривать. Был грязным, часто мочился, так что приходилось надевать на него подгузник. Сидя у своей тарелки, он ел очень мало, без удовольствия, иной раз размазывал еду по столу. В это время заболела присматривав­шая за ним сиделка, и Бобби, не захотев дружить с кем-либо еще, без сопротивления позволял каждому руководить собой. Несколькими днями позже он заболел тонзиллитом и был пере­веден в лазарет. Там, в спокойной обстановке, он казался уже не таким несчастным. Он спокойно играл, но в целом произво­дил впечатление младенца. Он с трудом мог выговорить слово, полностью потерял контроль над мочевым пузырем и кишечни­ком, много сосал. Вернувшись в детскую комнату, он выглядел очень бледным и усталым. Возвращение в группу для него, все­гда нуждающегося в помощи и покое, было большим несчасть­ем. Судя по всему, он не узнавал сиделки, которая первое вре­мя присматривала за ним».

Пагубными могут быть и долговременные мучительные пере­живания, что будет рассмотрено ниже. Немедленный эффект, хотя и не всегда видимый неопытным наблюдателем, также очень обеспокоивает. Он обычно проявляется в следующем: а) враж­дебная реакция на мать при воссоединении с ней, вплоть до отказа узнавать ее; б) чрезмерная требовательность к матери или ее «заместителю», в которой интенсивное использование мате-Ри сопровождается своеволием, острой ревностью, сильными

229

припадками гнева; в) радостная, но неглубокая привязанность ко всем доступным взрослым; г) апатичный отказ от всех эмоцио­нальных привязанностей, сопровождаемый монотонным раскачи­ванием, иногда ребенок бьется о что-то головой. Эти проявле­ния наблюдались многими детскими специалистами.

Особо следует предупредить об апатичных детях, а также о тех, кто приветственно дружелюбен ко всем без разбора. Люди игнорируют умственное здоровье, скрытое за этими проявления­ми. Обычно такие дети спокойны, послушны, ими легко управ­лять, у них хорошие манеры, они физически здоровы, у многих даже счастливый вид. Пока они остаются в приюте, нет види­мых причин для беспокойства, но когда они его покидают, они пропадают. Становится ясно, что их приспособленность была ложной, не была основана на реальном развитии личности. Иног­да выражается удовлетворение по поводу того, что ребенок со­вершенно забыл свою мать. Не говоря уже о том, что это обыч­но не так — ребенок в горе крича вспоминает ее,— действитель­ное забывание очень серьезно, поскольку от этой памяти зависят и устойчивый рост, и расширение взаимоотношений, определя­ющих будущее психическое здоровье.

Естественно, что реакции детей будут различаться в частно­стях, будут во многом зависеть от условий их жизни. «Замести­тель» матери может превратить группу апатичных или друже­любных без разбора детей в собственников и буйных дикарей. По поводу появления «подставных» матерей в Хэмпстедском пан­сионате говорилось, что дети, прежде хорошо адаптировавшиеся к групповым условиям, внезапно стали нестерпимо требователь­ны и безрассудны. Их ревность и их желание владеть любимым взрослым не имели границ. Это обязательно происходило с теми детьми, у которых прежде были неровные взаимоотношения с ма­терями и отлучение было для них не ново. Чем больше ребенок льнул ко взрослому, тем больше он был уверен, что разлука пов­торится. У детей нарушалась игровая активность, когда они с бес­покойством видели, что «их» сиделка покидает комнату по делу или уходит домой или когда она вступала в контакт с детьми чужой группы. Например, Тони, трех с половиной лет, не позво­лял сестре Мэри трогать «его» руками других детей. Джим, двух-трех лет, заливался слезами, когда «его» сиделка покидала ком­нату. Ширлей, четырех лет, впадал в глубокую тоску и волновал­ся, когда «его» Марион некоторое время по какой-то причине отсутствовала и т. д. Все эти дети перенесли ряд травматических (т. е. болезненных) разлук в своей жизни.

Многие матери, чьи дети были разлучены с ними на недели или месяцы, могут подтвердить и дополнить подобные наблюде­ния. Иногда при встрече ребенок эмоционально заторможен, не способен выражать свои чувства, иногда не способен разговари­вать. Затем постепенно его чувства оттаивают. Рыдания сопро­вождаются (у тех, кто может говорить) упреком: «Зачем ты меня бросила, мама?» С этих пор в течение многих недель или ме­сяцев ребенок не упускает мать из виду, он ребячлив, беспоко­ен, часто сердится. При умелом обхождении эти беды могут постепенно отступить, но не следует забывать о возможных невидимых травмах, которые могут впоследствии приводить к нервно-психическим заболеваниям. Эта реальная угроза под­тверждается наблюдением внезапной паники у детей, достиг­ших эмоционального баланса, когда они видят кого-то, кто ассо­циируется у них с пережитым разлучением. Если непра­вильно обходиться с инфантильным и беспокойным ребенком после его возвращения домой, у него развивается злобное отно­шение к матери. Если наказывать за плохое поведение, это обер­нется еще большим инфантилизмом, большей требовательностью и вспыльчивостью. Таким образом развивается неустойчивая не-вротичная личность, неспособная прийти к соглашению ни с са­мим собой, ни с миром, особенно неспособная любить других людей и терпимо к ним относиться.

Такой перечень отклонений почти всегда меньше выражен у детей, не относящихся ни к «отшельникам», ни к поверхност­ным дружелюбцам. У названных же детей подобные реакции, вероятно, являются результатом частых или продолжительных разлучений, имевших место до двух с половиной лет и прохо­дивших без «подставной» матери. Эти реакции являются также и предшественниками тяжелых личностных нарушений (назы­ваемых психопатическими).

Можно задаться вопросом: в каком возрасте ребенку уже не наносит вреда недостаток материнской ласки? Все, кто изу­чал этот вопрос, соглашаются в том, что в возрасте от трех до пяти лет степень риска еще высока, однако намного меньше, чем прежде. В этот период дети уже не живут исключительно в присутствии матери и могут смутно представлять себе время ее возвращения, что совершенно недоступно большинству детей До трех лет. Более того, способность разговаривать предостав­ляет возможность простых объяснений, и ребенок лучше пони­мает мать-заместителя. Таким образом, можно сказать, что в этот возрастной период благоразумным и внимательным отношени-еМ можно сильно смягчить болезненные проявления, в то время

как отсутствие такого обхождения зачастую ведет к очень тя­желым последствиям, сравнимым с последствиями для возраста от одного до трех лет.

После пяти лет риск отклонений уменьшается еще больше, хотя не может быть сомнений в том, что большая часть детей от пяти и до семи-восьми лет не способна удовлетворительным об­разом приспособиться к разлуке, особенно если она внезапна.

Яркая картина бедствия шестилетнего мальчика, на три года «заключенного» в больницу, была нарисована уже взрослым па­циентом. Он говорил, что «отчаянная тоска по дому и страда­ния первых недель привели к безразличию и скуке в последую­щие месяцы». Он описал свою страстную привязанность к сестре-хозяйке, которая компенсировала потерю дома. Но вер­нувшись, он почувствовал себя не в своей тарелке, пришель­цем. «В конце концов эта скука вновь увела меня из дома... но второй матери уже не встретилось на моем пути, да я уже и не был способен создавать прочные узы... мои реакции были пре­увеличены, часто ничем не обусловлены, я стал чрезвычайно уг­рюм и подавлен... я также стал и агрессивен». После этого са­моописания, уже впоследствии поняв самого себя, он пишет: «Я еще агрессивен.,. Агрессия, к сожалению, принимает форму нео­бычайной нетерпимости к людям, по отношению к которым я сам был не прав, и угрожает, следовательно, моей связи с дет­ством». Возможно, что наихудшим последствием депривации яв­ляется трудность лишенных матери детей самим стать хороши­ми родителями.

Подтверждением этой картины является ряд ценных клиниче­ских случаев — несколько десятков детей, у которых невротиче­ские симптомы или развились, или усугубились разлучением с матерью; большинство переносило разлуку в больнице. Полови­не детей при расставании с матерью было не более трех лет, остальным не более восьми. Многие из второй группы могли ясно описать свои переживания. Обычно они беспокоились, что не вернутся домой, что их за капризы куда-нибудь ушлют. Так, мальчик семи с половиной лет, три раза побывавший в больни­це, сказал о своем возвращении домой через три с половиной года: «Я думал, что никогда не попаду домой, поскольку мне было только шесть лет. Сестра говорила, что меня собираются выки­нуть, что я никогда не вернусь домой снова». Другой ребенок, девочка без малого семи лет, отправляемая с лихорадкой в трех­летнем возрасте в больницу, воскликнула: «Не посылайте меня, я буду хорошей девочкой!» Возвратясь домой, она была очень спокойна и большую часть времени сидела в углу. Хотя она ни-

когда не говорила о своих переживаниях, она играла в деталь­но разработанные «больничные» игры со своими куклами, в ко­торых наказанием за капризность была высылка в больницу.

Обзор сообщений об эвакуациях детей в возрасте от пяти до шестнадцати лет во время Второй мировой войны вполне подтверждает все вышесказанное — что дети этого возраста еще эмоционально не самостоятельны. Учителя говорили о господ­ствующей у них тоске по дому, об ухудшении их внимания на занятиях. Учащались ночные мочеиспускания, симптомы невро­зов и случаи проступков. Хотя у многих эти проявления прохо­дили без серьезных последствий, у других они оставались и по возвращении домой.

Поскольку есть все основания считать, что все дети до трех лет, большинство от трех до пяти страдают от депривации, в то время как из детей от пяти до семи лет от нее, вероятно, стра­дает меньшинство, встает вопрос: почему одни страдают, дру­гие нет? В противоположность младшей группе те дети этого возраста, которые имели хороших матерей, лучше переносят раз­луку. Счастливый ребенок, уверенный в материнской любви, не становится невыносимо тревожным; обеспокоенный ребенок, сомневающийся в добрых чувствах матери, часто неправильно понимает события. Более того, эти неверные истолкования мо­гут тлеть скрыто от всех, даже от самого ребенка. Вера, что его услали за капризность, ведет к беспокойству и ненависти, а это, в свою очередь, к порочным отношениям с родителями. Таким образом, дети от пяти до восьми лет, уже склонные к эмоцио­нальным расстройствам, переносят разлуку намного острее, чем спокойные дети того же возраста. Но все же в обоих группах многое будет зависеть от того, как ребенка подготовят к разлу­ке, как с ним будут обращаться, как по возвращении встретит его мать.

**Т. П. Симеон**

**ГАЛОПИРУЮЩАЯ ФОРМА ШИЗОФРЕНИИ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА1**

Среди клинических картин ранней детской шизофре­нии встречаются случаи, когда процесс, начавшись очень бурно и остро, чрезвычайно быстро приводит к тяжелой деградации психики.

Шизофренический процесс при катастрофически текущей форме начинается у детей, развивавшихся в рамках общепри­нятой нормы, а иногда с опозданием на 1 — 1У2 месяца и не пред­ставлявших трудностей в своем поведении, внезапно, чаще все­го в возрасте между 2V2—3 годами.

Параллельно и почти одновременно развиваются два ряда явлений. Первый из них характеризуется следующими момен­тами: развивается и быстро углубляется аутизм. Ребенок теряет контакт с окружающей реальностью, перестает интересоваться детьми, почти не использует игрового материала; дольше сохра­няется контакт со взрослыми и особенно с родителями (направ­ленность на последних также теряется неизбежно, хотя и в пос­леднюю очередь). Появляются многочисленные ката тонические явления: кататоническое возбуждение, выражающееся в неле­пом немотивированном беспокойстве (ребенок мечется, броса­ется на пол, бьется головой об стены и пол, бросает из кроват­ки все вещи, бьет окружающих, кричит, царапает себе лицо и руки). Наряду с этим имеет место однообразное, стереотипное повторение отдельных движений: дети кружатся на месте, де­лают ручками движения, напоминающие таковые при стирке бе­лья, взмахивают руками наподобие крыльев птицы, переклады­вают руки одна в другую и т. д. Нередко можно видеть, как та­кой ребенок бежит импульсивно вперед или бесцельно блуждает от одного предмета окружающей обстановки к другому со сте­реотипным прикосновением к каждому из них по очереди. Вре­мя от времени у ребенка как будто возникает подобие направ­ленности на какой-либо объект. Так, он тянется к игрушке, но по пути импульс ослабевает и ручка застывает по дороге или медленно возвращается в свое исходное положение. Целеуст­ремленные вначале движения быстро автоматизируются (стерео­типные игры). Ребенок в первый раз подбрасывает мяч вполне целеустремленно, а затем его движение становится автомати-

1 Симеон *Т. П.* Шизофрения раннего детского возраста. М,, 1948. 234

ческим, и ребенок производит его с совершенно отсутствующим взглядом и безразличием в мимике; либо кукла первоначально укачивается в процессе игры, а затем ребенок уже перевел взгляд на другой раздражитель, а ручки автоматически произ­водят качательные движения.

Второй ряд явлений: своеобразное изменение речи, по-ви­димому, обусловленное все нарастающим аутизмом (ибо понят­но, что, поскольку речь есть средство социального контакта, а последний резко нарушен, речь в этих условиях не может оста­ваться неизмененной).

Речевая функция, в раннем возрасте еще нестойкая, быстро дезинтегрируется, регрессируя при этом по пути обратного раз­вития; вначале исчезают длинные (из 3 — 4 слов) фразы, кото­рыми владел ребенок, затем короткие, позднее слова и слоги и, наконец, иногда даже звуки. Ребенок умолкает совершенно, и только в момент его большой аффективной заинтересованности, когда задет какой-либо уголок его переживаний, еще аффектив­но не выхолощенный, он неожиданно для всех произносит не только слово, но даже целую фразу. Так, ребенок 2 лет 10 меся­цев, заболевший в начале второго года жизни и к 2 годам 10 месяцам ничего, кроме слов, не произносивший, в момент, когда другой ребенок ударил его по голове, подбежал к ру­ководительнице со словами: «Вий, тетя, бий!» Другой ребенок, 4 лет, заболевший в 2V2 года и переставший говорить к момен­ту наблюдения, ночью, испугавшись, видимо, чего-то, кричит: «Ой, ой, мама, папа!» Ребенок 3 с небольшим лет, лишенный соски, к которой он был приучен, оказавшись в аптеке, сказал: «Тетя, дай сисю» (к этому моменту он совсем не прибегал уже к речи). Вслед за этим дети вновь умолкали нередко на целые годы.

Из сказанного видно, что последними обычно исчезают те слова, которые появились первыми («мама, папа, дядя, тетя, дай»). Меняется речь и по форме, появляются нарушения в модуляци­ях и артикуляции. Иногда создается даже впечатление, что слы­шишь ребенка, только начинающего говорить3. Повторение же чужой речи, переходящее порой в эхолалию, нередко наблюда­ется у детей, спонтанно уже совсем не говорящих.

Очень долго сохраняется навык пения, иногда даже со словами, но чаще имеет место пение мотивов без слов, причем

Изменение тембра и нормальных модуляций голоса ребенка, видимо, стоит в связи с тем, что в силу нарастающего аутизма ребенок пере­стает подражать в модуляциях голоса взрослым или окружающим его детям.

особенно охотно дети сопровождают пением свои стереотипные движения (кружение на месте, раскачивание). Интересно отме­тить, что в трех наших случаях, где дети напевали мелодии, мо­тивы были ими схвачены вполне правильно. Один ребенок 5 лет, спонтанно уже не произносивший ни одного слова, кото­рое имело бы целью контакт с реальностью, пел: «Куда, куда вы удалились», безошибочно повторяя слова, после того как он слышал отрывок из этой арии. Сохраняется очень долго и инте­рес к слушанию музыки и пения.

Наряду с указанным регрессом речи имеет место и возврат к давно утраченным формам поведения ребенка: он начинает есть ручками, мочиться под себя, сосать пальцы, онанировать.

В начале болезни и обычно на известном, непродолжительном этапе ее обостряется или вновь появляется фиксация на мате­ри с вытекающей отсюда ревностью к другим детям и вообще ко всем окружающим людям.

По истечении сравнительно очень короткого срока (от не­скольких месяцев до I—2 лет) наступает глубокая деградация пси­хики. Дети не только перестают правильно усваивать и осмыс­ливать новое, но живут, видимо, в узком кругу ощущений, иду­щих от своего соматического «я». Аффективные привязанности ослабевают. Мимика плача или смеха, иногда застывающая на лице таких детей, выглядит как маска, за которой не чувствуется никакого аффективного содержания. Нити с реальностью стано­вятся окончательно порванными. Дети кружатся часами на од­ном месте, бесцельно бегают из стороны в сторону, делают раз­нообразные движения ручками, без конца вертят ими перед гла­зами, как бы что-то рассматривая, трогают поочередно все предметы в комнате, ни на одном предмете не останавливают своего внимания и т. д. Иногда же застывают в неподвижности на одном месте или, положенные в кроватку, лежат там беззвуч­но, бесшумно и неподвижно. Единственное более или менее на­долго уцелевшее влечение ребенка — это влечение к пище. В ряде случаев у нас возникало подозрение о наличии у детей этой груп­пы галлюцинаций. На мысль об этом наводили следующие детс­кие реакции: ребенок к чему-то прислушивается, испуганно смо­трит в пространство, куда-то бежит, угрожая кому-то, отмахивается от чего-то. Но ввиду отсутствия высказывания детей на эту тему вопрос о них все же остается открытым.

Дефект, наблюдаемый при упомянутой форме слабоумия, представляет большое своеобразие. Чем дальше от начала забо­левания, тем все больше шизофреническая деградация вуалиру­ется тем неизбежным дефектом общего развития психики, кото-

рый свойственен олигофреническому слабоумию и который име­ет место каждый раз, когда какой-либо органический процесс поражает еще не созревший мозг ребенка. Однако, несмотря на этот олигофренный фасад, изучавшиеся нами дети, попадая в другие психиатрические учреждения, не наблюдавшие их рань­ше, все же распознавались обычно как шизофреники.

Что касается соматического статуса детей, то, кроме часто встречающейся тубинфицированности, ничего патологического обнаружить не удалось. Приходится отметить лишь часто встре­чающуюся значительную бледность кожных покровов при удов­летворительном содержании процента НЬ.

Во внешнем облике ребенка с галопирующей формой ши­зофрении бросается в глаза то обстоятельство, что глубина пси­хического дефекта не отражается на личике и взгляде ребенка, оставляющем впечатление смышленого: этот же факт — «интел­лигентный» облик таких детей — отмечается всеми авторами, описывающими dementia infantilis Heller'a. Аутистическая же установка ребенка накладывает свой отпечаток на манеру ре­бенка смотреть как бы поверх окружающих предметов, не фик­сируя ни на чем свой взгляд.

Со стороны неврологической отмечаются частые нарушения вегетативной системы: цианоз конечностей, более обильное слю­ноотделение, мелкий tremor всего тела. Следует отметить также в некоторых случаях своеобразное, преходящее, одномоментное сведение зрительных осей (ребенок как бы смотрит на свой соб­ственный нос).

Спинно-мозговая жидкость и кровь не представляют откло­нений от нормы. Реакция Вассермана во всех случаях отрица­тельная. Рентгенограмма черепа также не дает отклонений от нормы. Дно глаза — норма.

Электроэнцефалография, произведенная в случае галопирующей шизофрении в лаборатории д-ра мед. наук П. О. Шпильберг, регистри­ровалась при отведении от лобной, теменной областей, а также при обычном лобно-затылочном отведении. Во всех случаях констатирова­лись быстрые колебания, что говорит о диффузности процесса.

Иллюстрируем описанную группу примерами.

Люда Б. впервые явилась на прием в психиатрическую поликлини­ку в возрасте 3 лет ? месяцев со следующими жалобами матери: ребе­нок стал очень замкнутым, почти перестал говорить, делает ручками однообразные движения, «точно белье стирает».

Наследственность. Мать, 27 лет, замкнутая, шизоидного круга, воз­будимая. Отец, 26 лет, рабочий, общительный, вспыльчивый, выпивает.

В его роду много алкоголиков. Психические заболевания в наслед­ственности ребенка отрицаются.

Беременность матери Людой протекала нормально. Роды в срок. Вес — 3000 г. Головку ребенок начал держать в 6 месяцев, сидеть в 9 месяцев, ходить в 1 год 5 месяцев, первые слова появились к году. Не­сколько раз в своей жизни Люда болела гриппом без осложнений. До 2 лет 2 месяцев была живым ребенком, охотно играла в игрушки, катала мяч и бегала за ним, укачивала кукол. С детьми общалась в процессе игры. Строила простые фразы, лексикон ее составлял 50 — 60 слов. Име­ла простейшие навыки самостоятельной еды и опрятности.

Заболела девочка в 2 года 2 месяца довольно остро. Исчезла способ­ность построения фраз, говорила лишь отдельные слова, затем и их пере­стала произносить. Стала отдаляться от детей, не заинтересовывалась иг­рушками, не укачивала больше куклу, а бесцельно держала ее в руках. Не бежала за мячом, который ей катили. Не просила у матери еды, как прежде, когда бывала голодна, а только плакала, когда подходило время приема пищи. Прежде радостным криком «Васька!» встречала брата, теперь не ста­ла замечать даже его прихода. Стала все время держаться около матери. Часто застывала в однообразной позе, иногда что-то бормотала или напе­вала (довольно верно придерживаясь мотива). Временами создавалось впе­чатление, что Люда к чему-то прислушивается (галлюцинации?). Начала сосать палец и дотрагиваться до половых органов. Перестала ночью про­ситься на горшок. Сильно похудела и побледнела.

**Психический статус.** Ребенок вошел в кабинет врача, глядя поверх предметов, в пространство. Выражение личика осмысленное; девочка остановилась посреди комнаты и начала делать стереотипные «стираю­щие» движения руками. Вдруг она импульсивно побежала вдоль стены к окну и так же быстро обратно. Стереотипно повторяла много раз: «Куль, куль». Когда мать отошла, сердито крикнула: «Мама!» и побе­жала за ней, но на полпути остановилась. Положенная на стол на спин­ку навзничь, лежала 7 минут, пока не перевернули; на животе лежала такой же срок, пока не была снята. Flexibilitas cereae. При попытках слегка ущипнуть девочка не обороняется. Психологическое исследова­ние провести не удалось. Со стороны соматической и неврологической резких отклонений нет. Астенического телосложения. Несколько блед­на. Увеличены все группы желез. RW отрицательная. Дно глаза — норма.

**Течение болезни.** Спустя 2 месяца после первого посещения мать отметила, что девочка стала живее, вспомнила ряд слов, ею давно уже утерянных, подходит сама к матери, к ней прижимается, стремится к ней на кровать; идя на прогулку, стала проситься в саночки, чтобы ка­таться. Спустя еще месяц — прежний статус. Прибавилось много новых стереотипных движений ручками; слюнотечение. Через 10 месяцев после первого посещения Люда вновь замолчала и на этот раз окончательно.

Аффективно потупела. Сильно деградировала психически. Плаксива без повода. Ест с большой жадностью.

**Динамика наблюдения.** Ребенок наблюдался периодически в течение 5 лет. Статус за это время почти не подвергался изменению. Речь больше не возвращалась. По словам матери, весь день девочки проходил либо в стоянии в неподвижной позе со стереотипным движением ручек, либо в бесцельном медленном блуждании взад и вперед. Ребенку провели курс ле­чения гравиданом в Институте гравиданолечения, но безрезультатно.

**Статус** ребенка в 10-летнем возрасте почти повторил таковой в 4 года его жизни. Девочка, физически отстающая в развитии, инфан­тильная (росто-весовые показатели соответствуют 7 годам), войдя в ком­нату, остановилась спиной к врачу и стояла неподвижно, делая руками те же движения, похожие на движения при стирке белья, что и 5 лет тому назад. Ее можно было поворачивать во все стороны, как мане­кен; ни поза, ни мимика лица при этом не изменялись. Не произнесла ни одного слова. Когда мать вышла из комнаты, в противоположность тому, что было в прежнее время, не реагировала абсолютно на ее от­сутствие. На лице блуждала все время неопределенная улыбка. Взор был устремлен поверх предметов. В такойв позе простояла все время диаг­ностического обследования. Бросалось в глаза то обстоятельство, что на личике, в мимике ребенка не отмечалось той обычной печати, кото­рая неизменно накладывается снижением интеллекта у олигофренов.

По словам матери, в поведении ребенка за последние 5 лет его жиз­ни не произошло никаких перемен. Речь абсолютно отсутствует.

**Заключение.** Ребенок, дававший в первые месяцы жизни незначи­тельное запоздание в темпе развития двигательных навыков, в дальней­шем же идущий в развитии вполне нормально и характерологически определяемый как формально общительный, веселый, живой, в возрас­те 2V, лет меняется по поведению. Появляются аутизм, стереотипия, аффективная тупость. Параллельно этому речь проделывает регресс че­рез стадию коротких фраз и отдельных слов к слогам, звукам и пол­нейшему замолканию. Качество процесса (расщепление) и проградиен-тность позволяют без труда поставить диагностику шизофрении, теку­щей в катастрофическом темпе.

**Нинель В.,** З1/, года. Мать обратилась в психиатрическую поликли­нику со **следующими жалобами:** ребенок за последний год стал хуже развиваться и меньше интересоваться окружающим. Говорит сама с со­бой что-то бессвязное.

**Наследственность.** Мать — врач, 36 лет, относится к шизоидному кругу. Дед по линии матери замкнут. Отец 36 лет, замкнут. Прабабка по отцу и прабабка по матери были психически больны. Первая стра­дала, по-видимому, шизофренией, два дальних родственника по боко­вой линии страдали шизофренией.

239

Беременность и роды протекали нормально. Первое время после рож­дения была очень слабенькой, держать головку и сидеть стала с опозда­нием (в 10 месяцев). Узнавала мать с 6 месяцев; первые слова произноси­ла до года. Развитие речи было нормальным, в 2 года говорила фразами. Обращало на себя внимание то обстоятельство, что ребенок никогда не проявлял привязанности к игрушкам и отдавал их без всякого труда. К людям относилась «выборочно». Тесного контакта с реальностью никог­да Fie было. Жила всегда своим внутренним миром. Была с младенчества крайне гиперестетична: реагировала на неласковый тон. После того как ее раз побранила няня, говорила с плачем: «Меня обидели!» Обиду долго переживала и помнила. Наблюдательна: говорила соседке, домашней хо­зяйке: «Почему ты всегда отдыхаешь, а мама работает?»

С 21/2 лет стала еще более интравертированна; подолгу говорит сама с собой; иногда, когда не занята, сосет палец, одновременно онанируя. В темпах развития начала заметно задерживаться.

**Статус психический.** В контакт с врачом вступает с трудом. Об­щение только формальное и кратковременное. Назвала свою фамилию, показала части своего тела, по просьбе врача подала правильно правую и левую руку. Мимика лица очень бедная, но выражение личика осмыс­ленное. Иногда вдруг мелькнет улыбка, ни с каким видимым раздражи­телем извне не связанная. Бродит по комнате, подходит к разным пред­метам, касается то одного из них, то другого, ни на чем длительно не сосредоточиваясь. Напевает разнообразные мелодии, правильно сохра­няя мотив. Эхолалня: несколько раз повторила произнесенное врачом слово. Игрушками не заинтересовалась. Взяла одну из них в руку со взглядом, устремленным в пространство, и тут же поднесла ко рту. Вдруг побежала к конец комнаты, крича: «Тут деревня, тут Москва» (повто­рила эту фразу 6 раз подряд).

Физический и соматический статус — норма. Астеническое строе­ние тела. Нерезкий симптом Хвостека. Дно глаза — норма. RW в крови отрицательная.

**Динамика наблюдения: 3 года 3 месяца.** Появилось большое вле­чение к еде, ест с жадностью; в детской группе съела даже весь корм для черепах. Стала говорить еще меньше прежнего.

**4 года 3 месяца.** Речь обеднела еще заметнее. Спонтанно не гово­рит, за исключением крайней необходимости. На вопросы посторонних вообще не отвечает. Но в моменты, когда данная ситуация захватывает с какой-либо стороны один из аффективно наиболее уцелевших остров­ков ее психики, Нинель может дать целую фразу (что указывает на на­личие потенциальной возможности говорить). Так, например, однажды обратилась к няне со словами: «Ты мне сказки не рассказывай, а спой песню» (девочка очень любит пение) — или, увидев велосипед на улице: «Посади меня на велосипед, чтобы колесики двигались». Вне же момен-

тов аффективной заинтересованности днями, неделями молчит. Часто бесцельно бегает по комнатам, дотрагиваясь до всех предметов. Стерео­типно повторяет иногда одну и ту же фразу, например: «Тут деревня, а тут Москва».

**4 года 9 месяцев.** Иногда что-то лепечет, как совсем малое дитя. Эхолалия. Войдя на приеме в комнату, бесцельно бродит взад и вперед, ни на кого не обращая внимания. Смотрит на картинку и говорит что-то, к реальности ни в какой мере не относящееся. Удается уловить следующие слова: «купим виноград, мерить температуру, футляр, фут­ляр, футляр». Данную ей игрушку тянет в рот. Упорно сосет палец.

6 Vj **лет.** Статус в основном без перемен.

**Заключение.** Ребенок, происходящий из отягощенной шизофрени­ей семьи, развивается (с поправкой на врожденную физическую сла­бость) нормально. В возрасте *2V7* лет уменьшается направленность на окружающую реальность — появляются симптомы расщепления и рег­ресс речи. Все упомянутые явления позволяют без труда поставить ди­агноз бурно деструкхирующего психику катастрофически текущего шизофренического процесса.

**Тоня В.,** 2 года 10 месяцев. Поступила в психопатологическое отде­ление психоневрологической клиники ГНИОММ с жалобами матери на то, что за последний год ребенок поглупел, не откликается на зов, пе­рестал говорить.

**Наследственность.** Мать Тони, 24 лет, здоровая женщина. В ее ли­нии преобладают лица шизоидного круга. Нерезко выраженный алкого­лизм. Отец, рабочий 24 лет, формально общителен, раздражителен, уп­рям. Производит впечатление человека, перенесшего какое-то дегради­ровавшее его психику заболевание (возможно, шизофрению). Несколько разорван в мышлении. В его линии преобладают лица шизоидного круга.

Девочка родилась вторым ребенком по счету. Беременность проте­кала нормально, роды в срок. Мать кормила грудью, отнятие от груди сопровождалось беспокойством ребенка. До года развивалась совершен­но нормально. Вовремя стала держать головку, сидеть, к году говорила несколько слов. Пошла с 1 года 1 месяца. Была живым, общительным ребенком, хорошо играла в игрушки, тянулась к детям.

Заболела с 1 года 4 месяцев. Вместо слов начала говорить слоги; сде­лалась тоскливой; иногда появлялось немотивированное возбуждение, часто плакала; перестала играть с детьми, не интересовалась игрушка­ми, не подходила к матери и брату, к которым раньше была привязана. Постепенно перестала говорить даже слоги. Никаких болезней, кроме поносов, не перенесла. С момента заболевания заметно похудела.

**Психический статус.** Никакой реакции на помещение не дала. За­нята собой. Стала среди комнаты, "взмахнула ручкой и, приблизив ла-Донь ко рту, провела по ней языком. На детей внимания не обращает;

села на стол, раскачивается взад и вперед. Ручки засовывает в тарелку с едой и после этого их облизывает. Встает и несколько раз, наподо­бие взмахивающей крыльями птицы, взмахивает ручками. Без конца сте­реотипно, стоя около руководительницы, перекладывает одну ручку в другую. Выражение личика недовольное, гримаса плача без слез. Уло­женная в кроватку, манерно улыбается и выбрасывает оттуда все вещи. Затем села и долго и упорно онанировала.

Со стороны физического статуса отклонений от нормы нет. Асте­ническое телосложение. Со стороны неврологической — несколько ас­теническая походка. Цианотичные конечности, При волнении—тремор всего тела. Симптом Хвостека, RW в крови и ликворе отрицательная. Дно глаза — норма.

Динамика поведения за 4 месяца наблюдения почти не отличается от статуса при поступлении. Контакт с детьми не установился. Речевых продукций совершенно не дала. Лишь раз, когда ее ударил кубиком по голове ребенок, Тоня, подойдя к педагогу и показывая на голову, про­изнесла со слезами: «Бий, тетя, бий». Видимо, максимальное напряжение аффекта в этот момент мобилизовало импульс для речевого контакта.

Большую часть дня проводит в однообразной позе с широко расста­вленными ногами, причем, стоя в этой позе, либо лижет ладонь, либо пе­рекладывает одну ручку в другую, либо рукой вытягивает изо рта язык. Иногда имеет место импульсивный бег вперед. Бывают приступы немоти­вированного возбуждения. Расцарапывает себе лицо, бьет себя по головке, стучит ею о стену и т. д. На лице выражение угнетения и напряжения. Изо­лированная по поводу соматического заболевания, онанирует. Игровой ма­териал совсем не использует, лижет его языком и берет в рот.

Заключение. Ребенок, в течение 1 года 4 месяцев развивавшийся во вполне нормальных темпах как в смысле моторики, так и в отношении психики, в 1 год 4 месяца заболевает прогредиентным процессом с яв­лениями нарастающего аутизма, кататонического возбуждения, стерео­типии и постепенного регресса речи (потеряла слова, слоги, дошла до стадии звуков). Установление природы процесса здесь не представляет труда, ибо он несет в себе все симптомы шизофрении.

Течение процесса здесь, видимо, особенно катастрофично из-за ран­него начала. Полтора года болезни превратили полноценного ребенка в существо, стоящее на уровне идиотии.

Среди изученных нами 10 случаев указанной группы самое раннее начало процесса падало на первую половину второго года жизни. Лишь у одного ребенка дебют болезни наступил за пре­делами преддошкольного возраста (в 5-летнем возрасте). Таким образом, катастрофичность процесса описанной группы кроме токсичности заболевания, видимо, имеет свои корни в факте по­ражения незрелого мозга ребенка раннего возраста. Препсихо-

242

тическая личность детей этой формы в тех случаях, когда нача­ло болезни приходилось на 3-й год жизни и можно было гово­рить уже о характерологическом остове, чаще всего могла быть отнесена к шизоидному кругу. Наследственное предрасположе­ние в смысле отягощения шизофренией или наличия лиц, при-надлежаЩих к шизоидному кругу, нами встречалось несколько реже и в менее сгущенном виде, чем в формах, дающих более медленное течение. Дифференциально-диагностические сообра­жения здесь должны идти, во-первых, по линии отграничения от олигофрении и, во-вторых, по линии исключения шизофрен-ного синдрома, могущего возникнуть на почве lues congenita, сопровождающегося поражением центральной нервной систе­мы, опухоли мозга или перенесенного ребенком во время ка­кой-либо детской инфекции энцефалита.

Анамнез, рисующий нам чаще вполне благополучное (реже относительно благополучное) развитие ребенка в первые меся­цы и годы жизни с последующей деградацией, катастрофически наступающей чаще всего в 2'/3 — 3 года, сам по себе уже про­тиворечит допущению олигофрении, при которой (Вейгандт) не­редки шизофреноподобные симптомы. Ибо мы знаем, что оли­гофрен в той или иной мере способен почти всегда к некото­рой доле компенсации, а потому в динамике наблюдения мы обычно имеем с возрастом поступательное движение вперед, хотя бы и в суженных рамках, а никак не регресс.

Нормальное дно глаза и отсутствие столь обычных в этих случаях явлений выпадения исключает опухоль мозга. Отсутствие связи между началом заболевания и какой-либо инфекцией не позволяет здесь ставить вопрос об энцефалитическом пораже­нии подкорковой области.

Кроме того, в начале заболевания на первом плане стоит аутизм, деменция же наступает значительно позднее. Особенно серьезной должна быть дифференциальная диагностика с кар­тинами, подробно описываемыми Винокуровой, где на основа­нии ряда клинических наблюдений и гистопатологических ис­следований случаи формы Геллера расшифровываются как ши-зофренный синдром на базе lues congenita и сифилитического поражения центральной нервной системы.

Во всех изученных нами случаях галопирующей формы ши­зофрении не было никаких указаний на lues родителей, отсут­ствовали выкидыши и мертворожденные. Реакция Вассермана была в крови и ликворе отрицательной. Никаких симптомов конгенитативного lues1 а у детей обнаружено не было.

16\* ' 243

В статусе отсутствовали органические симптомы. Расстрой­ство речи никак не может быть в нашей форме оценено как органическая афазия. Оно имеет аутистические корни. Речь, мощ­ный фактор связи с окружающими людьми, возникает и нужна тогда, когда налицо тенденция к образованию социальных свя­зей. Шизофренический процесс, интравертировав ребенка, раз­рушает эту тенденцию. Само качество расстройства речи (рег­ресс — путь, обратный онтогенетическому развитию) исключает всякое подозрение на афазию.

В случаях же, описанных Винокуровой, дети стремились го­ворить, но реализация этого стремления была невозможной в силу отсутствия способности владеть механизмом своей речи. В пора­жении речевой функции там констатировалась примесь органи­ческих ингредиентов. Против органической афазии в наших слу­чаях говорит и способность месяцами молчащего ребенка проду­цировать в моменты аффективного напряжения целую фразу.

Доступность и известная доля аффективной сохранности, описываемая Винокуровой в ее случаях, в нашей форме уступа­ет место полному аутизму и аффективной тупости.

Говорить о том, что описываемая нами форма может быть семейным заболеванием герододегенеративного характера, не приходится хотя бы в силу отсутствия каких бы то ни было ука­заний на семейный характер заболевания (с другой стороны, в некоторых случаях этой группы констатировалась шизофрени­ческая отягощенность в наследственности).

Правомерность отнесения наших случаев, внешне сходных с dementia infantilis, к шизофрении доказывается еще наличием в нашем материале клинических картин, промежуточных между обычным типом течения и галопирующей формой шизофрении. Мы имеем в виду те случаи, когда ребенок, начавший свой про­цесс в катастрофических темпах, в дальнейшем дает ремиссию, правда, со значительным дефектом. Но все же на этой дефект­ной почве возможны, хотя и на очень сниженном уровне, даль­нейший рост и развитие. И, что особенно интересно, речь ока­зывалась способной к восстановлению даже спустя годы после полного молчания ребенка.

Иллюстрируем сказанное примерами.

Федя М. Под наблюдением с 4 лет. Происходит из отягощенной шизофренией семьи. Прекрасно развивавшийся до 2V, лет ребенок забо­левает катастрофически в этом возрасте: нарастает аутизм, появляется мутизм, кататоническое возбуждение, автоматизм, стереотипия. С 3'/2

до 5 лет почти не говорит, теряет все слова. Изредка лишь, в момент аффективной заинтересованности, дает короткую фразу.

Одновременно с этим поет. Катастрофически быстро начинается деградация психики. Спустя некоторое время наступает некоторое улуч­шение состояния: речь не только возвращается, но даже обогащается новыми словами (правда, наряду с этим имеет место обильная эхолалия).

Ребенок, оставаясь по существу глубоко дефектным, все же при­обретает ряд новых навыков. Получается впечатление, что на той де­фектной почве, которая создалась вследствие шизофренического про­цесса как такового и неизбежной, как бывает в этих случаях, задерж­ки умственного развития по типу олигофрении, все же происходит известное продвижение вперед, известный психический рост.

В первой фазе своего движения случай стоит ближе к группе ката­строфически текущих форм шизофрении, а во второй, наступившей на 6-м году жизни, к группе обычных кататонических форм с периоди­чески наступающим побледнением всей симптоматики.

Случай наблюдался 8 лет.

Особый интерес представляет среди этих же переходных форм следующий случай.

Аня Ф. Попала впервые в детскую амбулаторию психиатрической клиники 1-го ММИ в возрасте 4 лет 3 месяцев.

Жалобы матери. Ребенок перестал говорить с чужими детьми, а после того как на время уехал отец, к которому Аня была особенно привязана,— и с отцом.

Наследственность. Патологически не отягощена. Беременность у матери первая, роды в срок, нормальные. Темпы двигательного и пси­хического развития — норма. При отнятии от груди перестала прини­мать прикорм, начались рвоты. Обострилась привязанность к матери, боялась без нее оставаться в комнате.

Заболела в 4 года. Стала быстро возбуждаться, смех и слезы воз­никали без связи с соответствующими внешними факторами. Переста­ла разговаривать с незнакомыми людьми.

Когда приехал уезжавший в командировку отец, к которому была очень привязана, перестала с ним разговаривать, хотя встретила его радостно. Заметно начала останавливаться в поступательном темпе своего развития.

Психический статус в 4 года 3 месяца. Входя в комнату врача, сама с собой разговаривает. С врачом в контакт не вступает. Совершенно недоступна. Краснеет при обращенных к ней вопросах и не произно­сит ни слова. Затем подходит к матери и, улыбаясь, выжидающе на нее смотрит. Сохраняет придаваемую ей позу с поднятой кверху ручкой. Стереотипна и манерна в движениях. На лице время от времени улыб­ка вне связи с окружающими раздражителями. Степень интеллектуаль­ного развития не удается установить.

Соматически: инфантильно-грацильный тип строения тела. По­ниженное питание. Двусторонний симптом Хвостека. RW отрицатель­ная. Дно глаза — норма.

Вторично девочка осмотрена нами в возрасте 8 лет. Направлена проф. П. Б. Ганнушкиным на консультацию с предполагаемой диагности­кой шизофрении.

Родители сообщили, что в 5-летнем возрасте Аня болела скарлати­ной и была стационирована в Боткинскую больницу. Там ни с кем не говорила. Когда мать выписывала ее оттуда, несколько раз повторила: «Неужели мы, наконец, едем домой? Ты меня не оставишь, мама?» При­ехав домой, умолкла. Изредка можно было слышать от нее лишь отдель­ные слова, пускаемые в ход тогда, когда ребенок должен был прибег­нуть к помощи взрослых. С животными же и куклами беседовала со­вершенно свободно. Так, собаке говорила: «Что ты здесь делаешь, хочешь наше съесть!» Куклу укачивала: «Спи, моя девочка!» Требовала, чтобы ее кормили с рук. Часто смотрелась в зеркало.

**Психический статус** в 8 лет. Введенная в комнату, стала перед сто­лом, опустив слегка голову и глядя перед собой, а не на собеседника. Подведенная за руку ближе, автоматически подвинулась; при этом не переменила ни позы, ни выражения лица. Недоступна. Контакт не удался. На обращенные к ней вопросы не отвечает. На лице есть слабая мими­ческая игра, но с содержанием обращенных к ней вопросов, видимо, не связанная. В течение часа беседы с матерью не переменила позы. Судя по рассказам матери о поведении ребенка, Аня стоит не ниже уров­ня дебильности.

В данном случае ребенок, начавший свой патологический путь в катастрофических темпах, в дальнейшем дает относитель­ную ремиссию. На почве дефектной психики идет все же неко­торое поступательное движение. Но речь полностью исключена из обихода в общении с людьми; она заменилась мимикой и же­стами. Лишь с животными и куклами ведутся по временам бе­седы. Малая направленность ребенка на окружающую реаль­ность с момента заболевания сделала для нее речь излишней функцией. Исключение составляли родители. Но достаточно было огорчения, нанесенного уехавшим в командировку отцом, чтобы тот выпал из сферы речевого общения ребенка. А позднее этой же участи подверглась и мать, вынужденная поместить ребенка в больницу.

По совсем недавним катамнестическим сведениям, Аня в воз­расте 10 лет заговорила после «эксперимента», поставленного над ней матерью. Последняя, имея основание думать о наличии у Ани страха смерти и доведенная до отчаяния ее молчанием,

предложила ей заговорить (за месяц до нового года) к 1 января, предупредив, что иначе ребенок умрет. Девочка за несколько часов до этого срока, преодолевая колоссальное торможение, заговорила, и с тех пор она дает речевую, хотя очень бедную продукцию.

Перечисленные переходные варианты кататонической груп­пы, стоящие на грани между мягко, с ремиссиями протекающими кататоническими формами шизофрении, где исчезновение речи есть лишь кратковременный эпизод, и текущими в галопирую­щем темпе формами, особенно убеждают нас в правомерности признания за описываемыми нами клиническими формами ис­тинно шизофренной сущности.

Судьба детей, страдающих с ранних лет жизни катастро­фически текущей формой шизофренического процесса, едино­образна. Им недоступна даже вспомогательная школа (группа имбецилов). Им не удается даже привить простейшие трудовые навыки. Их неизбежный путь — пребывание до конца жизни в загородном психиатрическом интернате.

**IV ДОШКОЛЬНЫЙ И МЛАДШИЙ ШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ**

**В. В.Лебединский**

**КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА1**

Г. Е. Сухарева (1959) с позиций патогенеза наруше­ний развития личности различает три вида психического дизон-тогенеза: задержанное, поврежденное и искаженное развитие. Л. Каннер (1955) — недоразвитие и искаженное развитие. Кли­нически близкой к классификациям Л. Каннера и Г. Е. Сухаре­вой является классификация нарушений психического развития Лутца. Необратимое недоразвитие связывается автором с моде­лью олигофрении; дисгармоническое развитие — с психопати­ей; регрессирующее развитие — с прогрессирующими дегене­ративными заболеваниями, злокачественной эпилепсией; альтер­нирующее развитие, включающее состояния асинхронии как в виде ретардации, так и акселерации и наблюдаемое, по мнению автора, при самой различной соматической и психической па­тологии; и наконец, развитие, измененное по качеству и направ­лению, наблюдаемое при шизофреническом процессе.

По мнению Г. К. Ушакова (1973) и В. В. Ковалева (1979), ос­новными клиническими типами психического дизонтогенеза яв­ляются два:

1) ретардация, т. е. замедление или стойкое психическое недо­развитие, как общее, так и парциальное, и 2) асинхрония как неравномерное, дисгармоническое развитие, включающее при­знаки ретардации и акселерации.

По нашему мнению, психический дизонтогенез может быть представлен следующими вариантами: Г) недоразвитие;

2) задержанное развитие;

3) поврежденное развитие;

4) дефицитарное развитие;

5) искаженное развитие;

Печатается по изданию: Психические нарушения у детей. М., МГУ, 1985, с. 27—34.

6) дисгармоническое развитие.

В этой классификации, в основу которой положены класси­фикации дизонтогенеза Г. Е. Сухаревой (1959) и Л. Каннера (1957), мы сочли целесообразным добавить как самостоятельные варианты задержанное, дефицитарное и дисгармоническое раз­витие.

Предлагаемая классификация дифференцирует отдельные ва­рианты аномалий, исходя из основного качества нарушения раз­вития. Выделяется группа аномалий, вызванных отставанием раз­вития: искаженное и дисгармоническое развитие; и, наконец, группа аномалий, вызванных поломкой, выпадением различных функций: поврежденное и дефицитарное развитие.

Для дизонтогенеза по типу *общего стойкого недоразвития* наиболее типично раннее время поражения, когда имеет место выраженная незрелость мозговых систем, в первую очередь наи­более сложных, обладающих длительным периодом развития.

Типичным примером стойкого недоразвития является оли­гофрения. Экстенсивность поражения, связанная с генетичес­кими пороками развития, диффузным повреждением незрелого мозга при ряде внутриутробных, родовых и ранних постнаталь-ных воздействий, обусловливает первичность и тотальность не­доразвития мозговых систем. Вторичный же дефект имеет слож­ный «кольцевой» характер. Он формируется, как указывалось выше, за счет недостаточности воздействия со стороны наибо­лее страдающих высших психических функций (ведущая коор­дината недоразвития — «сверху—вниз»), а также в определен­ной мере и недостаточности воздействия дефектных базальных функций на высшие (координата «снизу—вверх»).

Характерна выраженная инертность психических процессов с фиксацией на примитивных ассоциативных связях, с трудно­стью их перестройки. Формирование иерархических связей грубо затруднено. В асинхронии развития преобладают явления ретар­дации. Различные функции недоразвиты неравномерно. Наибо­лее выражена недостаточность высших психических функций и меньше — базальных: развитие интеллекта, как правило, стра­дает в большей степени, чем речи, а последняя нарушена боль­ше, чем восприятие, память, моторика, элементарные эмоции.

Для психического дизонтогенеза по типу *задержанного раз­вития* характерно замедление темпа формирования познаватель­ной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на бо­лее ранних возрастных этапах.

Задержанное психическое развитие может быть вызвано ге­нетическими факторами, соматогенными (хронические сомати-

ческие заболевания), психогенными (неблагоприятные условия воспитания), а также церебрально-органической недостаточнос­тью, чаще резидуального характера (инфекции, интоксикации, травмы мозга внутриутробного, натального и раннего постна-тального периодов). При этом задержка развития эмоциональ­ной сферы проявляется в различных клинических вариантах ин­фантилизма (конституционального, соматогенного, психогенного, церебрально-органического). Замедление темпа познавательной деятельности при соматических заболеваниях будет связано с хронической астенией (общей повышенной истощаемостью), лри психогенных формах — в большей мере с явлениями микросо­циальной и педагогической запущенности, при церебрально-орга­нических, наиболее часто приводящих к трудностям в обучении, — с нейродинамическими (в первую очередь церебрастенически-ми) и энцефалопатическими (психопатоподобными, эпилептифор-мными и др.) расстройствами, а в ряде случаев — и с первич­ной недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций (праксиса, гнозиса, речи, памяти и т. д.).

Характерна мозаичность поражения, при которой наряду с дефицитарными функциями имеются и сохранные. Наблюдает­ся инертная фиксация более элементарных связей, преимуще­ственно в базальных звеньях, что ведет к временной задержке инволюции более ранних форм. Явления асинхронии связаны с тем, что первичный дефект чаще нарушает развитие отдельных базальных звеньев психических процессов, высшие же уровни страдают вторично (ведущая координата нарушения развития — «снизу—вверх»).

Парциальность поражения — с недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций и большей сохранностью высших регуляторных систем, преимущественно нейродинамического характера, — отличает задержанное развитие от стойкого пси­хического недоразвития по типу олигофрении и определяет луч­ший прогноз динамики развития и коррекции.

*Поврежденное развитие* имеет ту же этиологию (наследствен­ные заболевания, внутриутробные, натальные и постнатальные инфекции, интоксикации и травмы ЦНС), что и органическое недоразвитие психики либо задержанное. Основное отличие па­тогенеза связано с более поздним (после 2—3 лет) патологичес­ким воздействием на мозг, когда большая часть мозговых сис­тем в значительной степени уже сформирована и их недоста­точность проявляется в признаках повреждения.

Следует отметить, что компонент повреждения присутствует почти при всех видах аномального развития. Однако при дру-

гих видах дизонтогенеза он является либо осложняющим факто­ром (например, при недоразвитии по типу осложненной олиго­френии), либо пусковым механизмом, например в случае замед­ления темпа развития, и т. д.

Характерной моделью поврежденного развития является по­ложительная деменция. При ее возникновении в относительно раннем детском возрасте характер дизонтогенеза определяется сочетанием грубого повреждения ряда сформированных психи­ческих функций с недоразвитием онтогенетически более моло­дых образований (лобных систем). В более старшем детском воз­расте может иметь место и первичное повреждение лобных си­стем. Страдают лобно-подкорковые взаимоотношения. Наряду с выпадением отдельных частных корковых функций прежде все­го отмечаются расстройства эмоциональной сферы, нередко с расторможением влечений, тяжелые нарушения целенаправлен­ной деятельности и личности в целом. Повреждение ведет к яв­лениям изоляции отдельных систем, распаду сложных иерархи­ческих связей, нередко с грубым регрессом интеллекта и пове­дения.

Особый вид дизонтогенеза представляет собой *дефицитар-ное развитие,* связанное с тяжелыми нарушениями (грубым недоразвитием либо повреждением) отдельных анализаторных си­стем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, а так­же рядом инвалидизирующих хронических соматических забо­леваний. Первичный дефект анализатора либо определенной со­матической системы ведет к недоразвитию функций, связанных с ними наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда Других функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Эти нарушения развития частных психических функций тормо­зят психическое развитие в целом. Таким образом, преимуще­ственной координатой нарушений развития является координа­та «снизу—вверх». Асинхрония проявляется в разной степени недоразвития одних анализаторных систем при сохранности дру­гих. Дефицитарность отдельных сенсорных и моторных систем способствует возникновению явлений изоляции. Так, нарушение зрения приводит к недоразвитию координации между речью и действием.

Прогноз психического развития ребенка с дизонтогенезом по дефицитарному типу связан с глубиной поражения данной Функции. Однако решающее значение имеет первичная потен­циальная сохранность интеллектуальной сферы, других сенсор-Нь1х и регуляторных систем. Дефицитарное развитие при нару­шениях отдельных сенсорных систем дает наиболее яркие

примеры компенсации за счет сохранности других каналов свя­зи и интеллектуальных возможностей. Эта компенсация осуще­ствляется в условиях адекватного воспитания и обучения. В слу­чае недостаточности коррекционнои работы возникают явления депривации, приводящие к нарушению развития как познава­тельной деятельности, так и личности ребенка.

При *искаженном развитии* наблюдаются сложные сочета­ния общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ус­коренного развития отдельных психических функций, приводя­щие к ряду качественно новых патологических образований.

Искаженное развитие чаще свойственно ряду процессуаль­ных наследственных заболеваний.

Наиболее характерной моделью является дизонтогенез при синдроме раннего детского аутизма. Его этиология и патогенез неясны. В значительной части случаев речь идет о ранней детс­кой шизофрении.

В последнее время все чаще высказывается мнение о связи этой аномалии развития и с органическим поражением мозга. Для искаженного развития характерна наиболее выраженная асинхрония. В процессе формирования психических функций наблюдается иная иерархия в последовательности развития от­дельных систем, в значительной мере противоположная нормаль­ному онтогенезу: так, преждевременное развитие речи значи­тельно обгоняет формирование локомоторных функций, а в более старшем возрасте развитие вербального интеллекта пара­доксально опережает становление предметных навыков. Боль­шое значение в искаженном дизонтогенезе имеют явления изо­ляции: функции, развивающиеся ускоренно, не «подтягивают» развитие других. Формируясь на собственной узкой основе, в более тяжелых случаях они «зацикливаются», что приводит к явлениям стереотипии в речи, игровых действиях и т. д. Даже при шизофренической природе раннего аутизма явления дизон-тогенеза нередко выражены больше, чем симптомы болезни. Од­нако последним также принадлежит определенная роль в фор­мировании дизонтогенеза. Так, возникновение аутизма, осо­бенно на ранних этапах развития, в большей мере обусловлено диффузными страхами окружающего. Выраженный дефицит об­щения в свою очередь является важнейшим тормозом социаль­ного развития больного ребенка.

*Дисгармоническое развитие* по своей структуре в опреде­ленной мере напоминает искаженное развитие. Это сходство со­стоит в сочетании явлений ретардации одних систем с парци­альной акселерацией других. Наблюдается и сходное с иска-

женным развитием нарушение иерархии в последовательности развития ряда психических функций. Отличие дисгармоничес­кого развития от искаженного развития состоит в том, что ос­новой этого вида дизонтогенеза является не текущий болезнен­ный процесс, создающий на разных этапах различные виды ис­каженных межфункциональных связей, а врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики преиму­щественно в эмоционально-волевой сфере. Эта диспропорциональ­ность обусловливает формирование ряда аномальных вариантов личности, для которых, по Г. Е. Сухаревой, характерна «неадек­ватная реакция на внешние средовые раздражители, вследствие чего более или менее нарушено поведение и затруднена актив­ная приспособляемость к окружающей среде» (1959).

Моделью дисгармонического развития является ряд психо­патий, в первую очередь конституциональных, которые обуслов­лены большей частью наследственно, а также так называемые патологические формирования личности, складывающиеся в ре­зультате неправильного воспитания.

Отсутствие как грубых психопатологических расстройств, так и усиления нарушений развития, характерных для текущего бо­лезненного процесса, ограниченность дизонтогенеза преимуще­ственно личностной сферой переносят акцент ряда закономер­ностей становления данной аномалии развития с биологическо­го фактора на социальный. Степень выраженности психопатии и даже само ее формирование в значительной мере зависят от условий воспитания и окружения ребенка. Трудности социаль­ного приспособления способствуют формированию ряда компен­саторных и псевдокомпенсаторных образований.

Таковы, на наш взгляд, основные варианты психического диз­онтогенеза у детей.

Как показывают клинические данные, при одном и том же заболевании могут сосуществовать различные варианты дизон­тогенеза. Например, при ранней детской шизофрении можно наблюдать как задержанное и искаженное развитие, так и более грубую форму — недоразвитие (так называемый «олигофрени-ческий плюс») и даже поврежденное развитие (при злокачествен­ном течении процесса). Эта особенность позволяет рассматри­вать отдельные варианты дизонтогенеза не как самостоятельные независимые образования, а скорее как синдромы аномального развития, которые нередко могут сочетаться друг с другом при преобладании какого-либо ведущего.

**Г. Е. Сухарева ГРУППИРОВКА ПСИХОПАТИЙ1**

Проблема группировки психопатий относится к числу нерешенных вопросов современной психиатрии. В различных ру­ководствах по общей психиатрии и монографиях, посвященных клинике психопатий, можно встретить самые разнообразные схе­мы систематики психопатических личностей.

Крепелин в основу фуппировки психопатий положил клини-ко-описательные данные и выделил следующие формы: «возбуди­мые», «неустойчивые», «люди с повышенными влечениями», «лгу­ны и фантасты», «чудаки», «враги общества», «сварливые». П. Б. Ган-нушкиным также клинически были описаны следующие группы: циклоиды, шизоиды, параноики, эпилептоиды, истерические харак­теры, неустойчивые, антисоциальные психопаты и «конституцио­нально-глупые». Группировка психопатий, предложенная К. Шней-дером, имеет много сходства с описанными выше. Автор выделяет «гипертимические» личности, «депрессивные», «неуверенные в себе», «жаждущие признания», «неустойчивые» и др.

Были предложены и схемы классификации, в которых сис­тематика психопатий проводилась на основе иных принципов. К таким относятся классификации психопатий, предложенные Каном (Капп), Груле (Gruhle), Кречмером и др. Кан классифи­цирует психопатии в зависимости от того, в каких «слоях» лич­ности наиболее резко выражены отклонения от нормы. Он раз­личает психопатии: а) с отклонением темперамента; б) характе­ра; в) влечений; г) сложные комплексные формы.

По этому же принципу предлагает группировать психопа­тии и Витемаль (Чехословакия); Груле в основу типизации кла­дет следующие особенности психики: активность, основное на­строение, аффективная отзывчивость, волевые особенности, от­ношение к реальности, самочувствие и самооценка.

Кречмер в своих исследованиях о соотношении между кон-ституцией и психозом выделяет две формы психопатии, связан­ные с той или другой группой эндогенных психозов: шизоиды, имеющие интимное отношение к группе шизофрении, и цикло­иды — к циркулярному психозу. Позднее была прибавлена и третья группа эпилептоидов. В другой работе Кречмер описы­вает два различных типа характеров: сензитивный и экспансив-

1 *Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста, т. 2. М., 1940, стр. 208—223.

ный в зависимости от различного сочетания стенических и ас­тенических черт.

И. Ф. Случевским в основу классификации психопатий по­ложено учение И. П. Павлова о типах высшей нервной деятель­ности. Все разновидности психопатий И. Ф. Случевский рекомен­дует делить на две группы: первая — психопатии, являющиеся патологическими вариантами сильного неуравновешенного типа нервной системы, вторая — психопатии, представляющие собой патологические варианты слабого типа. К первой автор относит параноическую форму, гипертимно-циркулярную, гипертимно-эксплозивную и извращенную; ко второй — психастеническую, парабулическую, истерическую и ипохондрическую.

Для группировки психопатий у детей и подростков также были представлены различные схемы. Шольц (Scholz) выделял формы психопатий по клиническим симптомокомплексам: индо-лентные, депрессивные, маниакальные, периодические, аффек­тивно-неустойчивые с повышенными влечениями, чудаки, фан­тасты и лгуны, морально неполноценные. Гомбургер делит пси­хопатические личности на нервозные, пугливые, слабовольные, неустойчивые, эмоционально тупые, раздражительные, истери­ческие, навязчивые, сензитивные.

Трамер в основу группировки психопатий кладет следую­щие признаки: основное настроение, аффективное предраспо­ложение, волевое предрасположение, направленность на себя или на окружающий мир. Н. И. Озерецкий разграничивает: 1) кон­ституциональные психопатии и 2) патологическое развитие лич­ности. М С. Певзнер выделяет: 1) конституциональные пси­хопатии и 2) органические.

Несмотря на существенное различие каждой из этих пере­численных группировок психопатий, они имеют и нечто общее. Ведущим в большинстве классификаций является синдромоло-гический принцип, который уже давно перестал удовлетворять клиницистов при систематике выраженных психозов, так как он не отображает патогенетической сущности болезни.

Отсутствие патогенетической группировки психопатий объяс­няется не только недостаточностью наших знаний о патогенезе психопатий, но и большой сложностью симптоматики каждой клинической разновидности, разнообразной по своему генезу. В клинической картине отдельных случаев наряду с основными симптомами всегда наблюдается и ряд добавочных. При недо­статочной приспособляемости патологической личности к тре­бованиям окружающей среды и наклонности к неадекватным реакциям возникает еще ряд новых реактивных образований.

В тех случаях, когда эти добавочные образования становятся бо­лее резко выраженными, они затушевывают основные призна­ки данной формы психопатий.

У ребенка, только начинающего свой жизненный путь, эти добавочные реактивные наслоения значительно менее резко вы­ражены, и потому в клинической картине более отчетливо выс­тупают основные типичные особенности психопатий. Именно эта элементарность клинической картины у детей дает большую воз­можность выделить те основные признаки психопатии, которые с большей или меньшей достоверностью могут быть отнесены за счет биологической недостаточности (типа аномалии разви­тия нервной системы). Кроме того, выявить причины возникно­вения психопатического поведения у ребенка также относительно легче, чем у взрослого человека. Указанные преимущества изу­чения психопатий у детей дают основание считать, что именно в детской клинике должна быть сделана первая попытка разре­шить вопрос классификации психопатий на основе патогенети­ческого принципа. Такая попытка предпринята нами при обоб­щении клинических наблюдений в области психопатий детского и подросткового возраста. Поскольку *патогенетической основой психопатии является тот или другой тип аномалии развития, естественно предположить, что именно этот признак должен служить критерием патогенетической группировки.*

Однако современный уровень наших знаний о типах ано­малии развития нервной системы еще недостаточен и не дает возможности полностью разрешить проблему патогенетической классификации психопатий. В настоящее время можно лишь пытаться приблизиться к ее разрешению (в большей или мень­шей степени).

Приступая к патогенетической группировке психопатий, не­обходимо учесть, что формирование того или иного типа анома­лии развития зависит не только от качества вредности, тяжести и распространенности вредоносного воздействия, но главным образом от времени, когда оно имело место (в какой стадии он­тогенеза нервной системы).

При одном и том же качестве вредности эффект может быть различен не только количественно, но и качественно. При вре­доносном воздействии на ранних этапах онтогенеза наблюдаются наиболее тяжелые аномалии развития нервной системы, клини­ческим выражением которых являются либо различные формы врожденного слабоумия, либо глубокие нарушения темперамен­та, влечений, инстинктов (нередко имеется сочетание слабоумия с дефектами эмоционально-волевой сферы).

Воздействие той же вредности на более поздних этапах он­тогенеза не дает обычно таких грубых аномалий развития не­рвной системы. Нередко отмечается лишь задержка развития на более ранней возрастной ступени (инфантилизм).

Особый характер имеют те аномалии развития, которые обус­ловлены патологическими наследственными задатками (или по­ражением плода). Этот тип аномалии развития представляется значительно более сложным, чем предыдущий. Здесь речь идет не столько о задержанном, сколько об искаженном уродливом развитии.

Для формирования типа аномалии развития имеет значение также интенсивность, тяжесть вредоносного воздействия. Тяже­лый болезнетворный агент, действующий даже на поздних эта­пах онтогенеза, одновременно повреждает уже сформированные отделы нервной системы и задерживает развитие тех систем, которые в это время находились в зачаточном состоянии.

Таким образом, в зависимости от времени, качества и тя­жести болезнетворного воздействия могут возникнуть различные варианты аномалии развития нервной системы. Тем не менее при всем многообразии вариантов в конечном счете в клинике наблюдается лишь ограниченное число типов аномалии разви­тия. К таким более часто встречающимся типам аномалии раз­вития нервной системы относятся:

1) задержанное развитие (по типу психического инфанти­лизма);

2) искаженное (диспропорциональное) развитие нервной си­стемы (и всего организма в целом);

3) поврежденное, «надломленное» развитие в связи с повреж­дением нервной системы на ранних этапах ее онтогенеза.

Каждый из этих трех типов аномалии развития имеет и свои преимущественные причины происхождения (хотя здесь нет пол­ной этиологической специфичности). Так, патологическая наслед­ственность играет преимущественную роль в происхождении второго типа аномалии развития, тогда как при третьем из на­званных типов аномалии ее роль несущественна. Основной при­чиной третьего типа аномалии являются мозговые заболевания, перенесенные на ранних этапах онтогенеза нервной системы. При анализе причин возникновения первого типа также неред­ко нельзя исключить роль наследственного отягощения. Однако в возникновении этой аномалии внешние вредности играют значительно большую роль, чем во второй группе. Чаще речь идет не о тяжелых, но длительно действующих вредностях, име­ющих место во внутриутробном периоде или в ранних стадиях

развития ребенка: затяжные инфекционные заболевания, хрони­ческие интоксикации, инфекции, следующие «цепочкой» друг за другом, длительные расстройства желудочно-кишечного тракта, голодание, плохие гигиенические условия, неправильное вскар­мливание и др.

Патогенетическая характеристика каждого из трех типов ано­малии развития также имеет свои особенности. Так, для перво­го типа характерна задержка развития наиболее молодых в эво­люционном отношении физиологических отделов нервной систе­мы. При втором типе страдают не только молодые в эволюционном отношении системы головного мозга, но и древние образования. Дисгармоничность развития здесь выступает более резко, чем при первом типе, так как наряду с задержкой развития одних физи­ологических систем отмечается ускоренное развитие других. Поэтому более резко изменен тип реагирования на раздражи­тели и внешней, и внутренней среды. Третий тип аномалии раз­вития является более сложным по своему патогенезу, чем пер­вые два, так как наряду с задержкой развития тех или других физиологических систем головного мозга здесь всегда имеются те или другие остаточные явления после перенесенного орга­нического мозгового заболевания.

В каждом их этих трех типов аномалия развития может дос­тигнуть различной степени своей выраженности и тяжести. Од­нако из трех типов аномалии нервной системы относительно бо­лее легким следует признать первый — инфантилизм. Дефекты развития здесь не грубы, в патогенезе этой аномалии нет осно­ваний предполагать наличие выраженных структурных наруше­ний нервной системы. В ее патогенезе наблюдается лишь обще­биологическая недостаточность организма, нарушение трофики, дисфункция эндокринной системы. Наиболее выраженные про­явления дефектности мозговой структуры наблюдаются при тя­желых вариантах третьего типа аномалии развития. Наряду со структурными нарушениями нервной системы (очаговыми и диф­фузными) здесь отмечаются также функционально-динамические расстройства крово- и ликворообращения. Аномалии развития второго типа еще более разнообразны. Наряду с тяжелыми ва­риантами здесь наблюдаются и более легкие (представляющие собой уродливое развитие тех же типов нервной деятельности, которые были описаны И. П. Павловым у здорового человека).

Естественно, что в *зависимости от типа аномалии развития нервной системы неодинаково нарушается весь ход психического развития ребенка.* Поэтому соответственно указанным трем ти­пам *аномалии развития нервной системы* можно выделить *три*

*различные группы психопатий,* отличающиеся друг от друга как по своей клинической картине, так и по патогенетической основе.

Можно предполагать, что в дальнейшем по мере развития наших знаний о патогенетической сущности психопатий в пре­делах каждого из этих трех типов аномалий развития нервной системы будут выделены еще отдельные варианты. Тем самым будет создана основа для дальнейшей дифференциации отдель­ных клинических разновидностей психопатии не только по кли­ническим синдромам, но и по патогенезу.

Прежде чем перейти к описанию клиники и терапии от­дельных клинических вариантов психопатии, мы считаем не­обходимым остановиться более подробно на особенностях каж­дого из этих трех типов аномалии развития нервной системы, представив краткую клиническую характеристику каждой из трех групп психопатий.

**АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**ПО ТИПУ ДИСГАРМОНИЧЕСКОГО ИНФАНТИЛИЗМА**

Понятие «инфантилизм» относится к числу достаточ­но упрочившихся в современной литературе.

Еще в конце прошлого века многие авторы обратили внима­ние на то, что под влиянием инфекций и интоксикаций возни­кает задержка развития ребенка на более ранней ступени. Для этих форм Лассег предложил термин «инфантилизм». Им было указано, что при инфантилизме в отличие от карликового роста сохраняется ряд других особенностей, свойственных раннему возрасту ребенка как в физическом, так и в психическом отно­шении. Более подробно клиническая картина инфантилизма была описана Лореном. Так же как и Лассег, Лорен считал основной причиной возникновения инфантилизма ранние инфекции и ин­токсикации и назвал его «дистрофическим инфантилизмом». Ло­рен охарактеризовал клинические особенности дистрофического инфантилизма тремя признаками: тщедушность, грацильность и миниатюрность тела. Лорен обратил внимание на гармоничность этих субъектов, их стройное, грациозное сложение, хрупкий ко­стяк, тонкую, нежную и гладкую кожу. В психике этих субъек­тов проявляются черты детской наивности и беспомощности.

В дальнейшем, по мере развития эндокринологии, понятие «инфантилизм» значительно расширилось. Был выделен и ряд Других форм инфантилизма, обусловленных дисфункцией той или Другой эндокринной железы. В клинической картине этих форм

черты детской гармоничности часто отсутствуют и отмечается ряд особенностей, специфичных для дисфункций той или дру­гой эндокринной железы {гипотиреоидные, гипогенитальные и гипофизарные формы).

Наряду с общим инфантилизмом (при котором речь идет о сочетании физического и психического инфантилизма) выделя­ли и ряд форм частичного инфантилизма, при котором страда­ют лишь отдельные системы. Выделялись формы инфантилиз­ма, связанные с недостаточностью кишечника, печени и почек, с гипоплазией сосудов и др.

К частичному относится также особая форма инфантилиз­ма, при котором на первом плане стоят отклонения со стороны психики, проявляющиеся в не соответствующей возрасту детс­кости. Эта разновидность инфантилизма, обозначаемая терми­ном «психический инфантилизм», является патогенетической ос­новой первой группы психопатии. По своим клиническим про­явлениям психический инфантилизм значительно отличается от других форм инфантилизма. Здесь нет выраженных эндокрин­ных расстройств, как при гипотиреоидном, гипофизарном и ги-погенитальном инфантилизме. В отличие от общего инфантилизма лореновского типа, когда в физическом и психическом состоя­нии ребенка сохраняется в большей или меньшей степени ха­рактерная для ребенка гармоничность, при психическом инфан­тилизме наблюдается выраженная дисгармоничность развития отдельных сторон личности. Поэтому данную форму частичного инфантилизма можно охарактеризовать термином «дисгармони­ческий инфантилизм».

Дисгармонический инфантилизм представляет собой тот тип аномалии развития, который имеет наибольшее значение для кли­ники. Однако в настоящее время еще недостаточно изучены раз­личные варианты этого типа и их клинические проявления.

Проблема патогенеза дисгармонического инфантилизма так­же еще не исследована. Недостаточно ясна связь этой разновид­ности с другими формами инфантилизма. Необходимы дальней­шие исследования, чтобы решить вопрос, почему под влиянием длительных инфекций и интоксикаций возникает именно данный тип аномалии развития, а не другой. Высказывается предполо­жение, что вредные влияния в этих случаях действуют на не­рвную и эндокринную системы (Н. А. Шерешевский). Однако эн­докринные нарушения в этих случаях нерезко выражены и не носят характера дисфункций какой-либо одной определенной эн­докринной железы. Больше всего данных предполагать здесь ка-

кое-то нерезко выраженное плюригландулярное (связанное с раз­растанием нёбных миндалин — *примеч. ред.)* расстройство.

М. Блейлер описал клинические проявления психического инфантилизма под названием «половой инфантилизм». В па­тогенезе этой формы он склонен придавать большое значение нарушению деятельности половых желез или гипофиза со сни­жением гонадотропных гормонов. Эта недостаточность может быть первично обусловлена церебрально.

В клинической картине психопатий, развившихся на почве дисгармонического инфантилизма, основным является недораз­витие высших форм волевой деятельности. В своих поступках эти субъекты руководствуются главным образом эмоцией удо­вольствия, решающим является желание настоящей минуты. В их мышлении есть черты детскости; воображение и фантазия преобладают над логическим мышлением. Эти субъекты эго­центричны, как дети, не способны сочетать свои интересы с ин­тересами других и подчиняться требованиям коллектива.

Однако при наличии у психопатических личностей этой груп­пы какого-то сходства с детской психикой клиническую карти­ну этих форм психопатий нельзя отождествлять с обычным ин­фантилизмом. Черты детской психики у психопатических лич­ностей этого типа патологически утрированы. Кроме того, у них имеется ряд патологических черт, отсутствующих у здорового ребенка: повышенная раздражительность и лабильность настро­ения, преобладание грубых эмоций и инстинктов, отвращение к систематическому труду. Поэтому в отличие от гармоничной дет­ской психики психика этих субъектов дисгармонична.

Описывая клинические особенности взрослых субъектов с явлениями полового инфантилизма, Блейлер определяет их пси­хическое состояние как застывание эмоциональной и волевой сферы на детском уровне развития. По мнению автора, наибо­лее характерным для этих субъектов является отсутствие зрело­сти и целеустремленности взрослого человека, недостаточная самостоятельность во взаимоотношениях с другими людьми. Эти субъекты неустойчивы в своих эмоциональных связях и жиз­ненных установках. У них отмечается быстрая смена различных эмоций, повышенная внушаемость в сочетании с упрямством. Вместо настоящего сочувствия к другим людям у них отмечает­ся одно только любопытство, они плохо сходятся со сверстника­ми, друзей находят среди более юных или более старших. Ин­тересы их носят часто фантастический характер. Характерны­ми являются и некоторые особенности их сексуальных влечений: сниженное или чрезмерно повышенное влечение.

Интеллектуально эти дети обычно развиты нормально. По данным нашей клиники, аномалия развития, проявляющаяся в психическом инфантилизме, резко отличается от той, которая лежит в основе типичной олигофрении. Хотя инфантильные дети нередко отстают в школе, но им не свойственны характерные для олигофрении признаки слабоумия. У них страдает главным образом способность к сосредоточению внимания. Они не спо­собны к длительной систематической деятельности и очень бы­стро пресыщаются ею. Обнаруживая нередко эмоциональную живость, умение быстро ориентироваться, они все же не спо­собны к творческому синтезу, логические процессы у них про­текают на невысоком уровне.

Незрелость нередко отмечается и в соматическом облике этих детей, в их двигательной сфере. Эти лица часто кажутся моло­же своих лет, иногда отстают в росте. Бывают нерезко выраже­ны явления гипогенитализма. У мальчиков нередко отмечаются черты женственности. Однако полного соответствия между фи­зическим и психическим складом часто не бывает, черты пси­хического инфантилизма могут быть даже и при преждевремен­ной физической зрелости.

Блейлер указывает, что ему не приходилось наблюдать слу­чаев общего инфантилизма без каких-либо проявлений «детско­сти» со стороны психики. Наоборот, тяжелый психический ин­фантилизм мажет быть и без физического инфантилизма.

К данной группе психопатий может быть отнесен ряд пси­хопатических личностей, описываемых как «неустойчивые», «воз­будимые», «жаждущие признания», «истероидные», «псевдологи», «лгуны и фантасты» и др. Однако в каждом конкретном случае в картине психопатии основное отличие выражается не в отдель­ных синдромах, а в их своеобразном сочетании, в характерной для всей этой группы дисгармоничной незрелости психики.

**ВТОРОЙ ТИП АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ (ИСКАЖЕННОЕ РАЗВИТИЕ)**

Второй тип аномалии развития носит черты искажен­ного, диспропорционального развития, когда тесно переплета­ется задержка развития одних физиологических систем при чрез­мерном и ускоренном развитии других. Здесь речь идет о более диффузной, а иногда и о системной недостаточности. В проис­хождении этой аномалии развития патологическая наследствен­ность играет относительно большую роль. Поэтому в отношении

262

именно этой аномалии развития (и обусловленных ею психопа­тий) чаще применяется термин «патологическая конституция».

Однако понятие «конституция» неодинаково трактуется раз­ными авторами в разное время.

В 20-х годах настоящего столетия, когда господствовала автогенетическая теория о неизменяемости наследственных свойств под влиянием внешних факторов, под конституцией по­нимали сумму свойств организма, генотипически закрепленных в наследственных задатках. Конституция рассматривалась как нечто неизменное, как «фатум». В течение последних лет все большее внимание уделяется роли внешних факторов в форми­ровании основных свойств организма. Подчеркивается, что на­следственные свойства также зависят от внешних влияний, действовавших в предыдущих поколениях. Под влиянием новых, более совершенных методов исследования удалось доказать и трансформацию наследственных свойств в результате внешних воздействий.

Вместе с этим новым пониманием наследственности и изменчивости меняется и понятие конституции. В настоящее вре­мя в советских руководствах по общей патофизиологии оно сфор­мулировано следующим образом: под конституцией следует пони­мать все морфологические и функциональные свойства орга­низма — как унаследованные, так и приобретенные во время онтогенеза в процессе взаимодействия с окружающей средой; свой­ства, присущие всему организму как целому, достаточно устой­чивые и определяющие его реакцию на действие внешних аген­тов. При таком понимании конституция не является чем-то не­изменным и застывшим, она формируется в определенных условиях внешней среды и подвергается изменениям в резуль­тате взаимодействия с ней.

Клинические разновидности психопатий, патогенетическую основу которых представляет второй тип аномалии развития, многими авторами рассматриваются как «истинные» психопа­тии, «конституциональные». Их считают и наиболее частыми в клинической практике. Последнее предположение не оправ­дывается нашими данными: эта группа психопатий у детей встре­чается относительно редко. Не оправдывается клиническими фак­тами и другое положение, рассматривающее роль наследствен­ного предрасположения как нечто «фатальное». В действительности и в этих формах среда и условия воспитания играют очень боль-Шую роль в формировании патологической личности.

К этой группе психопатий относят: 1) личности с выражен­ными расстройствами темперамента, с резкими колебаниями

аффективного тонуса — аффективные психопатии (циклотимичес-кие личности, конституционально-возбужденные и депрессивные в понимании П. Б. Ганнушкина); 2) аутичные, патологически замк­нутые личности, характеризующиеся слабо выраженной потреб­ностью в контакте с окружающим, дисгармоничностью мышле­ния и нередко дефектом волевой деятельности (шизоиды, по тер­минологии Е. Кречмера и П. Б. Ганнушкина); 3) психастенические личности с навязчивыми состояниями; 4) личности с параной­яльными чертами характера; 5) так называемые эпилептоидные личности.

Для патофизиологического обоснования отдельных ва'риан-тов этого типа аномалии развития большое значение имеют ис­следования И. П. Павлова и его учеников об общих типах выс­шей нервной деятельности и типах, специфичных только для че­ловека, проявляющихся в соотношении деятельности двух сигнальных систем. Однако каждая из клинических разновид­ностей этой группы психопатий ни в коей мере не может рас­сматриваться только как патологическое заострение того или другого типа высшей нервной деятельности, ибо речь идет о патологическом формировании типа с чертами искаженного и уродливого развития.

Поэтому в клинической картине психопатий этой группы наряду с особенностями, характерными для того или другого типа высшей нервной деятельности, есть и ряд других болезненных признаков, не наблюдающихся у здоровых. Так, в картине про,-явлений психопатических личностей, обозначаемых термином «аффективные психопатии», которых можно было бы условно отнести к патологическим вариантам сильного типа, по И. П. Павлову, наряду с проявлениями высокой активности, по­вышенной жизнерадостности наблюдаются и патологическая гневливость, сварливость, наклонность к аффективным взрывам, к немотивированным колебаниям настроений в форме депрес­сивных или гипоманиакальных состояний.

У психастенических личностей, которых по клиническим про­явлениям можно было бы отнести к слабому общему и мысли­тельному человеческому типу высшей нервной деятельности, по И. П. Павлову, отмечается ряд патологических симптомов: навяз­чивые состояния, немотивированные колебания настроения, сво­еобразное сочетание болезненной нерешительности с импуль­сивностью и ряд других.

Еще более резко выражены патологические особенности ва­рианта слабого типа нервной деятельности тогда, когда речь идет о своеобразных аутичных личностях, характеризующихся нару-

шением связи с реальностью и малой потребностью в контакте с окружающим (патологически замкнутые личности).

Клиническая картина психопатии этой группы очень разно­образна и изобилует наиболее сложными психопатологическими синдромами (депрессивные, дисфорические и гипоманиакальные состояния, импульсивность, перверзные влечения и др.). В по­ведении некоторых больных обращают на себя внимание стран­ности, «причудливость». Несмотря на нормальный, а иногда даже высокий интеллект, они плохо приспосабливаются к жизни и не могут установить правильные социальные взаимоотношения. Некоторые отличительные особенности наблюдаются и в сома­тическом состоянии патологических личностей этой группы. Ча­сто отмечаются диспластическое телосложение и различные при­знаки дисфункции той или другой из эндокринных желез.

По степени дисгармоничности и тяжести клинических про­явлений клинические варианты второй группы психопатий зна­чительно разнообразнее первой. Наряду с более тяжелыми формами, имеющими клиническое сходство с психическими за­болеваниями, встречаются и более легкие, близкие к крайним вариантам нормы. На эту постепенность переходов психопатии к крайним вариантам нормы указывает Е. А. Попов: «Разнооб­разные отклонения в смысле слабости, неуравновешенности, инертности, превалирования одной сигнальной системы над дру­гой могут до известного предела еще рассматриваться как край­ние варианты нормы, но за определенной границей они уже должны быть квалифицированы как патологические отклонения, представляющие основу психопатии».

**АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ В СВЯЗИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА РАННИХ ЭТАПАХ ЕЕ ОНТОГЕНЕЗА**

Третий тип аномалии развития характеризуется более грубым органическим дефектом в связи с повреждением нервной системы инфекционными, токсическими и травматическими аген­тами в течение внутриутробного или раннего постнатального периода. Как указано было выше, по сложности структуры де­фекта этот тип аномалии развития отличается от первых двух форм. Здесь признаки отклонения в развитии нервной системы сочетаются с симптомами резидуальной церебральной недоста­точности в связи с перенесенным мозговым заболеванием.

В детской клинике эта форма аномалии развития нервной системы наиболее часта. Она лежит в основе большинства слу­чаев психопатии у детей и подростков. Однако вопрос о месте

этой формы среди других аномалий развития нервной системы является еще дискуссионным. Некоторые авторы высказывают даже сомнение в том, можно ли эти формы рассматривать как аномалию развития, поскольку в этих случаях наблюдается по­ражение вредными агентами уже более зрелых элементов не­рвной системы. Для характеристики этих форм преддагается АРУ-гой термин—«психопатоподобные состояния».

Эти возражения справедливы лишь в отношении тех случаев, когда болезненный процесс начинается в зрелом возрасте. Но они совершенно необоснованны, когда речь идет о развивающемся организме ребенка. Возможность возникновения аномалии раз­вития мозга и после рождения вполне понятна, если учесть, что созревание коры, особенно филогенетически наиболее молодых областей, продолжается и после рождения ребенка.

Как показали исследования Е. П. Кононовой, развитие полей лоб­ной области продолжается и в постнатальном периоде. Ширина коры с возрастом увеличивается, причем в постнатальном периоде это рас­ширение идет более быстро, чем в пренатальном. В первое время после рождения особенно быстро растет ширина поля 10, к 12 годам дости­гающая 45% (у взрослого общее расширение коры достигает 58%).

Очень интенсивно расширяются и поля 44 и 46. К возрасту одного года они достигают 40—48% и остаются без изменения до 31/а лет; затем начинается более постепенное увеличение ширины этих полей, продол­жающееся до 7-летнего возраста и дальше. Очень своеобразный скачко­образный рост дает поле 45: в первые месяцы после рождения оно рас­тет очень медленно, затем до года наблюдается резкий подъем роста, сме­няющийся незначительным расширением до 3'/2 лет, после чего опять отмечается резкий подъем к 7-летнему возрасту. Развитие отдельных по­лей идет не только за счет расширения коры, но и за счет дифференци­ации клеточных элементов и увеличения площади.

Эти факты служат важным аргументом в пользу того, чтобы выделить данный тип аномалии развития нервной системы как самостоятельную форму со своеобразным и более сложным па­тогенезом. В связи с тем, что в основе третьей группы психопа­тии лежит более грубая по своей органической основе анома­лия развития нервной системы, эту группу психопатий обычно называют «органической».

Клиническая картина психопатий этой группы складывает­ся из различных психопатологических синдромов, наблюдающих­ся при мозговых заболеваниях (инфекционной, интоксикацион­ной и травматической природы). В зависимости от характера и распространения мозгового заболевания, его тяжести, степени

снижения коркового контроля над деятельностью нижележащих инстанций, силы расторможенных влечений и инстинктов отме­чаются различные психопатологические синдромы. Форма и тя­жесть клинических проявлений часто зависят от характера изме­нившихся взаимоотношений между корой и подкорковой областью.

В клинической картине могут повторяться отдельные синд­ромы, отмечавшиеся уже в первой группе психопатий. Однако сочетание этих синдромов и вся клиническая картина в целом резко отличаются от первой группы психопатии. Так, например, синдром неустойчивости, наблюдающийся при органических пси­хопатиях, отличается от такого же синдрома у психопатической личности первой группы. Неустойчивость здесь обычно сочета­ется с повышенной откликаемостью на внешние раздражители, с эйфорическим настроением, с большим огрубением эмоций, чем в первой группе. Интеллектуальная деятельность у этих де­тей более резко нарушена, чем при дисгармоническом инфан­тилизме. При органических психопатиях нет таких характерных для первой группы особенностей, как живость интеллекта, до­гадливость. Наряду с неустойчивостью нередко отмечается инерт­ность психики, наклонность к персеверативности и повторени­ям. Значительно чаще, чем в первой группе, наблюдаются аф­фективные вспышки и агрессивные тенденции. В соматическом состоянии у этих детей чаще имеются аномалии строения чере­па (микро- и макроцефалия, гидроцефалия), диспропорция те­лосложения, отсталость в росте, эндокринные нарушения, но нет характерных для первой группы признаков детскости, грациль-ности движений, живости мимики. Мимика у них более однооб­разна, движения часто неуклюжи. Органические симптомы со стороны нервной системы отмечаются значительно чаще, чем в первой группе. При изучении анамнеза этих больных нередко можно встретить указание на судорожные припадки в раннем детстве, длительное ночное недержание мочи и задержку интел­лектуального развития.

Представленную систематику психопатий отнюдь нельзя счи­тать исчерпывающей, ее можно рассматривать лишь как исход­ную позицию для дальнейших исследований. Если учесть мно­гообразие клинических проявлений психопатии и сложность па­тогенетических соотношений в каждом конкретном случае, то становится понятным наличие смешанных и переходных форм, Не укладывающихся в одну из этих трех групп.

Преимущество данной группировки нам представляется в том, что она приближается к патогенетической и позволяет бли-я^е подойти к пониманию болезненной сущности психопатий и

более дифференцированной их терапии. Это преимущество мы стремились продемонстрировать, когда выше указывали на ка­чественное различие синдрома неустойчивости при психопатии, развившейся на почве дисгармонического инфантилизма и орга­нической психопатии. При большом внешнем сходстве симпто­матики этих двух клинических разновидностей психопатии они резко различаются между собой по патогенетической основе (при инфантилизме нет грубых структурных нарушений нервной системы, речь идет лишь о нарушениях общей трофики, рас­стройстве функций эндокринных желез, тогда как при органи­ческих психопатиях наряду со структурными изменениями не­рвной системы наблюдаются часто расстройства крово- и лик-ворообращения).

Таким образом, в диагнозах «органическая психопатия» или «психопатия на почве дисгармонического инфантилизма» уже кроется известное понимание болезненной основы психо­патического состояния.

Патогенетическими особенностями той или другой формы аномалии развития нервной системы можно отчасти объяснить и особенности дальнейшего течения психопатии. В отличие от синдромологической классификации, когда учитывается только статика психопатий, в предложенной группировке отдельные ва­рианты отличаются между собой и по их динамике. Хотя тип течения психопатии всегда зависит от условий воспитания и ок­ружающей среды, все же степень этой зависимости и характер патологических реакций, наступающих под влиянием неблаго­приятной среды, различны в каждой из трех групп. Наиболее резко выражена зависимость течения психопатий от условий сре­ды и воспитания в первой группе— при благоприятных услови­ях патологические черты характера здесь постепенно более или менее выравниваются. Психопатические личности второй груп­пы и более тяжелые формы третьей группы менее податливы благоприятным влияниям среды. Однако достигнутые успехи ча­сто бывают более стойкими, чем в первой группе.

Частота психопатий каждой их трех отмеченных выше групп неодинакова. Наиболее частыми в детском и подростковом воз­расте являются психопатии третьей группы, так называемые «органические» психопатии. Вторая группа, которая рассматри­валась ранее как основная, истинная форма («конституциональные» психопатии), по данным детской клиники, встречается редко. Пси­хопатии первой группы с чертами дисгармонического инфанти­лизма по своей частоте занимают среднее место.

Возраст ребенка, в котором выявляется психопатия, неоди­наков в этих трех группах. Диагноз психопатий первой группы устанавливается главным образом после периода полового со­зревания. В этих случаях, как и при всех других проявлениях инфантилизма, требуется длительный срок, чтобы исключить на­личие только временной задержки, замедленности темпа разви­тия. Отдельные патологические черты характера, обнаруживае­мые у детей в допубертатном периоде, должны быть расценены как «предвестники», начальные проявления психопатий с чер­тами дисгармонического инфантилизма, Диагноз психопатий вто­рой группы («конституциональных») может быть установлен не­редко уже в школьном возрасте.

«Органические» психопатии также могут быть распознаны еще в допубертатном периоде.

Дифференциальный диагноз психопатий с другими форма­ми психических нарушений также неодинаков в каждой из этих трех групп. Первую группу психопатий необходимо отграничить от различных форм инфантилизма и от искусственной «инфан-тилизации» личности под влиянием неблагоприятных условий воспитания и перенесенных соматических заболеваний. Во вто­рой группе требуется дифференциальный диагноз психопатии с так называемыми эндогенными психическими заболеваниями, а в третьей — с процессуальными формами органических за­болеваний головного мозга.

Лечебно-педагогические воздействия и профилактические мероприятия также различны в зависимости от группы психо­патии, от ее клинических и патофизиологических особенностей.

При выборе лечебно-педагогических мероприятий, медика­ментозных средств в каждом конкретном случае необходимо учесть не только ведущие клинические симптомокомплексы, но и особенности патогенетической основы данной клинической разновидности психопатии. Так, например, при лечении пато­логической личности с синдромом неустойчивости требуется стро­го дифференцировать лечебные и лечебно-педагогические ме­роприятия в зависимости от того, развивается ли этот синдром на фоне дисгармонического инфантилизма или при органичес­кой психопатии. Хотя в том или другом случае основным лечеб­но-педагогическим мероприятием является воспитание ребенка, привитие ему навыков к систематическим занятиям и любви к труду, однако сам метод работы различен в первом и втором случаях. При органической психопатии тренировку способнос­тей к трудовому напряжению следует проводить очень осторожно,

так как подросток, страдающий органической психопатией,

269

быстро утомляется, устает, он не может долго работать, тогда как инфантильный психопат не хочет работать, испытывает иног­да даже отвращение к труду. Поэтому при органической психо­патии требуется очень тщательная дозировка часов занятий; иног­да даже следует начинать не с умственного, а с физического труда, который для таких больных легче. Медикаментозные сред­ства также неодинаковы в первом и втором случаях. Если у не­устойчивой психопатической личности, чье развитие происходит на фоне дисгармонического инфантилизма, прежде всего необ­ходимо применять средства, стимулирующие развитие, то при органической психопатии необходимо обратить особое внима­ние на расстройства крово- и ликворообращения, на возмож­ность обострения бывших воспалительных очагов. Соответственно этому наряду со стимулятором надо применять антибиотики и средства, снижающие внутричерепное давление.

В заключение считаем необходимым подчеркнуть, что вопрос о патогенетической группировке психопатии находится еще в начальной стадии своего разрешения и требует дальнейших ис­следований. Для того чтобы достигнуть положительных резуль­татов в изучении этого вопроса, необходимо коренным образом пересмотреть сам метод изучения психопатии. Статический ме­тод, как показал П. Б. Ганнушкин, не может привести к положи­тельным результатам. Основным в изучении психопатии должен быть динамический метод, так как изменчивость клинических проявлений в зависимости от возрастной фазы и условий окру­жающей среды — кардинальное свойство всякой психопатии. Психопатическую личность нужно изучать в процессе ее раз­вития и становления, уделяя особое внимание начальным ее про­явлениям в детском возрасте. При изучении той или иной клинической разновидности психопатии требуются тщательные клинические наблюдения не только наиболее характерных при­знаков данной болезненной формы, но и патологических реак­ций, возникающих у данной личности под влиянием неблагоп­риятной среды. Чтобы установить пути происхождения отдель­ных синдромов, требуется подробный анализ условий социальной среды и воспитания данного лица.

Для разрешения задачи патогенетической группировки психо­патии также важно, чтобы каждая разновидность психопатии изу­чалась как «клиническое целое». Нельзя ограничиться только изу­чением основных признаков психопатологической картины. Необ­ходимо учесть и все дополнительные, вторичные образования, а также соматические особенности данного болезненного состояния.

Для изучения психопатии должны быть использованы существую­щие методики патофизиологического обследования больных.

Для понимания природы психопатии очень важно знать пути обратного развития патологических проявлений под влиянием лечебно-педагогических мероприятий. Для разрешения вопроса о причинах декомпенсации психопатии и факторах, способству­ющих восстановлению работоспособности больного, необходим тесный контакт врача и педагога.

**Л. В. Занков**

**ОЧЕРКИ ПСИХОЛОГИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛОГО РЕБЕНКА1**

**ЭМОЦИИ И ВОЛЯ**

Мы остановимся вначале на эмоционально-волевом раз­витии умственно отсталого ребенка, которое тесно связано с про­блемой характера и личности. Для того чтобы разобраться в воп­росах эмоционально-волевого развития умственно отсталого ре­бенка, надо составить себе представление о том, как идет развитие эмоций и воли у нормального ребенка.

Для ребенка раннего возраста характерно то, что его по­ведение определяется эмоциями. Ребенок желает того, что до­ставляет ему непосредственное удовольствие. Это удовольствие может быть связано с удовлетворением инстинктивного влече­ния (например, голода). Далее, удовольствие связывается с функ­ционированием. Удовольствие от функционирования действует как побуждение к новой деятельности. Оно является решающим условием для повторений, для расточительного богатства дви­жений. Вместе с тем, поскольку границы между личностью и средой в этом возрасте еще слабы, поведение ребенка опреде­лено силами поля. Ребенок связан ситуацией. На этой стадии развития ребенка нельзя еще говорить о воле в собственном смысле слова, т. е. об овладении собой, своим поведением. Дея­тельность еще не отделена от аффекта, «каждый аффект есть в то же время тенденция, каждая тенденция принимает форму выражения аффекта» (Выготский).

Важнейшим этапом в развитии воли ребенка является крити­ческий трехлетний возраст. Этот критический возраст принято называть Trotzphase, т. е. фазой упрямства. Ребенок идет напере­кор взрослым, при этом он нередко идет и против своего соб­ственного побуждения, лишь бы не сделать того, чего от него требуют взрослые. Ребенок упрям, т. е. настаивает на том, что­бы его желание было выполнено только потому, что это *его* же­лание. У него подчеркнута тенденция проявить свою волю. Про­исходит дезориентация в прежних авторитетах. В то время как прежде воля ребенка была неотделима от воли матери и окру­жающих его взрослых, сейчас его позиция в отношении окру­жающих окрашивается в яркие тона самоопределения. В то время

1 *Занков Л.В.* Очерки психологии умственно отсталого ребенка. М., 1935t стр. 82—93, 117—118, 125—159.

**272**

как раньше ребенок чувствовал острую потребность в по­кровительстве и заботах, сейчас он хочет делать сам, быть само­стоятельным. Словом, в этом критическом возрасте ребенок отклоняет волю других и проявляет очень много собственной

воли.

Дифференцировавшись от примитивных влечений, воля трех­летки еще не нашла других целей, на которые она могла бы быть направлена. Отсюда бессмысленное упрямство, волевые напряжения, которые не имеют определенного объекта, ясной цели. «Воля владеет ребенком», — говорят об этой фазе. Стре­мясь во всем проявить свою собственную волю, ребенок натал­кивается на энергичное сопротивление взрослых. Возникают кон­фликты. Ребенок вступает в борьбу со взрослыми. Нарушается примитивная связь ребенка с окружающими, которая имела ме­сто на той стадии, когда ребенок плохо дифференцировал себя от окружающих, ребенок открывает свое «я»2.

Огромное значение кризиса трехлетки в том, что воля ди­фференцируется от примитивных влечений, от аффекта. Воля вступает в противоречие с аффектом — ребенок делает то, чего ему не хочется делать. Он начинает осознавать связь того, что он делает, со своим «я». Здесь начало линии волевого развития ребенка в собственном смысле этого слова, источник того овла­дения собой, которое начинается у ребенка после трех лет. Для первой ступени в развитии воли — ступени, которую мы нахо­дим у трехлетки, характерны так называемые гипобулические ме­ханизмы. Гипобулические проявления управляются не ясными мотивами, а общими, смутными эмоциональными тенденциями.

Вместо планомерного, руководимого рассуждением, обдуман­ного выбора действий раздражение приводит к двигательной буре: беспорядочному метанию, крику, судорожным движениям. В наиболее острых случаях трехлетка падает на пол, бьется, кри­чит, царапает и кусает окружающих, рвет на себе одежду, ло­мает игрушки.

В дошкольном возрасте изменяются отношения ребенка со средой. Здесь мы находим дальнейшие сдвиги, которые доста­точно ясно обнаруживаются в игре, с одной стороны, и в твор­ческой, формирующей деятельности ребенка—с другой. В игре ребенок переносит значения с одной вещи на другую. Возникает новое отношение ребенка к среде: ребенок активно создает си­туацию. Тем самым нарушается непосредственная связанность

В том смысле, что он отделяет себя от среды. 18-1405

**273**

ребенка полем действия. Вместе с тем, поскольку всякая игра в скрытом или явном виде содержит правила, ребенок должен, для того чтобы получить удовольствие, подчинить свои непосред­ственные импульсы, свое поведение этим правилам. Роль эмо­ций как двигателя поведения ребенка сохраняется. Однако здесь нарушается та непосредственная связь между эмоцией и дей­ствием, которая характерна для ребенка раннего детства. Таким образом, возникновение смыслового действия, возникновение внутреннего правила является следующим важным этапом в во­левом развитии ребенка.

Еще в первой фазе дошкольного возраста, поскольку ребенок воспринимал продукт своей деятельности (например, постройку из кубиков), в его деятельности выступает новый момент — *стрем­ление сделать что-либо,* а не просто манипулировать с материа­лом. Далее, продукт деятельности ребенка (лепки, строительной деятельности и т. п.) уже совершенно ясно противостоит ему как объект и выдвигает перед ребенком определенные требования. Это приводит к переживанию задачи, долга, которые явно выс­тупают во второй фазе дошкольного возраста. Ребенок научается подчинять свое поведение объективной задаче. Тем самым ребе­нок от своеволия, от волевых напряжений, в которых на первый план выступал субъективный момент, стремление проявить свою волю, переходит к согласованию своих действий с объективны­ми требованиями, выдвигаемыми средой. В своей творческой, формирующей деятельности ребенок заимствует образцы из ре­альной действительности, принцип сходства начинает играть все большую и большую роль. Поведение ребенка становится все более разумным. Свободная деятельность без напряжения, имев­шая место в раннем детстве, сменяется напряжением, необхо­димым для того, чтобы сделать что-либо в соответствии с образ­цом. Однако в дошкольном возрасте сознание задачи и подчи­нение задаче своего поведения относится только к действиям, поступкам ребенка, к его «ручной» деятельности.

Школьный возраст приносит с собой новые изменения во взаимодействии ребенка со средой и вместе с тем новые сдви­ги в волевом развитии. Перед школьником выдвигаются новые требования: он должен работать над приобретением навыков и знаний. У школьника уже совершенно ясно игра и труд ста­новятся различными сферами, причем каждая из них связана с различными установками, различной направленностью ребенка. Сознание задачи, долга теперь уже развивается в отношении интеллектуальной деятельности.

274

Вместе с тем наступают значительные сдвиги в эмоциональ­ном развитии ребенка, в развитии его интересов. Мы видим у школьника рост любознательности, выраженный интерес к по­знанию окружающего мира во всей его реальности, интерес к приобретению школьных знаний и навыков. Развитие интеллек­та и умение владеть своим поведением умеряют силу эмоцио­нальных проявлений и создают базу для еще большего опосред­ствования влияния эмоций на поведение, чем то имело место в дошкольном возрасте. Эмоции школьника отличаются гораздо большим постоянством, устойчивостью. Вместе с тем расшире­ние опыта, обогащение представлений школьника и усложне­ние взаимоотношений с окружающими приводят к большему раз­нообразию и дифференцированию эмоций.

Важнейшим фактом волевого развития в школьном возрасте является овладение собой в отношении интеллектуальных опе­раций — так же как овладение собой в плане действий было стержнем волевого развития в дошкольном возрасте. Возьмем в качестве примера развитие памяти. Дошкольник очень значи­тельно продвигается в отношении непосредственного запечат-ления, так называемой механической памяти. Однако дошколь­ник еще не ставит перед собой задачи запомнить нечто и не способен подчинить этой задаче свое поведение и свои интел­лектуальные операции. Это становится возможным для школьни­ка. Он применяет всевозможные приемы, вспомогательные сред­ства при запоминании и воспроизведении материала,— словом, овладевает процессом запечатления и воспроизведения. У него мы находим запоминание и припоминание в собственном смысле слова: запоминание и воспроизведение становятся волевыми. Подобные сдвиги происходят также и в отношении других интеллектуаль­ных функций.

Дальнейшее развитие воли ребенка идет в школьном возра­сте и в отношении поступков, действий. Школьник вступает в гораздо более сложные отношения с детским коллективом. В ча­стности, игры школьников — это игры со строго очерченной задачей, точно установленными правилами и четким разделени­ем функций между играющими. Каждый, принимающий учас­тие в игре, должен безоговорочно выполнить все эти условия. Школьник становится способным владеть своим поведением уже в такой степени, что он может точно рассчитать свои действия в соответствии с поставленными требованиями.

Характер поведения ребенка в коллективе имеет большое зна­чение для волевого развития школьника. Коллектив школьников — это уже организованное целое с достаточно сложной структурой.

|й\* 275

Ребенок должен занять определенное место в коллективе и со­образно со своей позицией привести свое поведение в со­ответствие с правилами, господствующими в этом коллективе.

Еще на первых стадиях волевого развития ребенка речь яв­ляется одним из условий нормального развития воли. Речь сна­чала отражает действия ребенка, а затем становится средством планирования его действий. У школьника, который уже спосо­бен мыслить при посредстве внутренней речи, последняя, есте­ственно, занимает большое место в его волевом поведении. При посредстве внутренней речи создается набросок, схема действия, предвосхищается то, что затем обнаружится в поступках," дей­ствиях.

В подростковом возрасте структура интересов испытывает глубокую перестройку. Одним из важнейших определяющих мо­ментов в этой перестройке является расширение и углубление общественно-политической деятельности подростка, а также со­зревание новых органических влечений в первой фазе подрост­кового возраста. Вместе с тем подросток становится способным ставить себе определенные цели, имеющие значение на длитель­ные периоды, и направлять свое поведение таким образом, что­бы достигать этих целей. Эта стадия развития воли имеет своей основой мышление в понятиях и самосознание. Внешняя дей­ствительность и внутренние переживания осознаются в системе понятий.

Переживание конкретных отношений к действительности, многообразных и изменяющихся, включается в систему поня­тий, и благодаря этому отношения к действительности приобре­тают устойчивость3.

После этого краткого очерка нормального развития эмоций и воли мы перейдем к вопросам эмоционально-волевого разви­тия умственно отсталого ребенка. Мы не ошибемся, если ска­жем, что проблема *эмоционального* развития — наименее разра­ботанная область в науке об умственно отсталом ребенке.

Трошин различает следующие основные группы эмоций: чув­ства, относящиеся к физической личности (голод, половое чув­ство, общее чувство, эгоистические чувства и т. д.), чувства, от­носящиеся к социальной личности (социальные и моральные

Конечно, нельзя представлять себе дело таким образом, что отношении к действительности принимают форму абстрактной схемы. Мышление в понятиях, приобретая признак устойчивости и всеобщности, в то же время обладает всем богатством конкретных связей и отношений, кото­рые могут быть выведены из понятий.

эмоции, начиная с первичной симпатии и материнского чувства), и, наконец, чувства, относящиеся к духовной личности (интел­лектуальное, эстетическое). В нормальном развитии каждой эмо­ции Трошин различает следующие стадии: физиологически-ин­стинктивный период (простейшие чувствования, сопровождающие ощущения), период первичных эмоций (эмоции органического ха­рактера: боязнь, гнев, эгоистическая эмоция), период вторичных эмоций (самолюбие, гордость, родственные привязанности, стыд, любопытство, любознательность и др.), период высшего идейного чувства,: когда известное чувство соединяется с высшими отвле­ченными идеями.

На основе этой классификации Трошин дает очерк, эмоцио­нального развития умственно отсталых детей. У идиотов из чувств, связанных с физической личностью, на первом месте стоит чувство голода. Это чувство развито у них нормально. По­ловое чувство у идиотов понижено, оно остается на физио­логически-инстинктивной стадии. Страх и гнев у идиотов — так­же на физиологически-инстинктивной стадии, причем гнев бо­лее совершенно выражен, чем страх. Радость и печаль имеют место у идиотов лишь в форме первичных эмоций. В области социально-моральных эмоций у идиота есть только первичная привязанность и чувство мести. Таким образом, эмоции идиота стоят на физиологически-инстинктивной стадии или на стадии первичных эмоций.

У имбецилов появляются уже вторичные эмоции. Половое чувство у них связано с личным выбором. Появляется страх за свои вещи. У имбецилов преобладают сознание собственного бес­силия, застенчивость, нерешительность. В области социально-моральных эмоций у имбецилов есть чувство привязанности, но не бескорыстное; сильно развито чувство мести. Справедливость имбецил знает лишь по отношению к себе. Мало отличаясь от идиота по источнику интеллектуальных эмоций (источником и в том и в другом случае служат малосознательные повторения), имбецил резко отличается от идиота в отношении пользования ими: он может самостоятельно заниматься, в шалостях обнару­живает «избирательность» (любит делать то, что производит эф­фект и переполох). Имбецилам доступны элементарные эстети­ческие эмоции: они проявляют интерес к играм, любовь к укра­шениям и безделушкам, им доступно чувство смешного. В общем Для имбецила характерно преобладание немногих и простейших форм вторичных эмоций.

277

У дебилов чувства, относящиеся к физической личности, от­носительно сильнее других групп чувств. Однако особой повы-шенности чувств, окружающих физическую личность, нет. В гро­мадном большинстве случаев дебилы не отличаются особым самолюбием, самоуверенностью, самодеятельностью и самодоволь­ством. Им, как и имбецилам, присуще сознание собственного бес­силия. По сравнению с нормальными детьми дебилы вялы, нере­шительны, несамостоятельны и прозаичны. Дебилы не способны к высшим идейным эмоциям; там, где таковые на первый взгляд как будто есть, на самом деле имеют место пустые концепции, не связанные гармонически с остальным содержанием.

Недостаточность *воли* умственно отсталых детей издавна при­влекала внимание исследователей. Ряд авторов считает не­достаточность воли основой своеобразия умственно отсталых де­тей и их неполноценности. Впервые мысль о том, что в центре умственной отсталости стоит недостаточность воли, была вы­сказана Э. Сегеном (Е. Seguin), который по праву может счи­таться родоначальником волюнтаристических теорий умственной отсталости. В своей книге «Воспитание, гигиена и нравственное течение умственно отсталых детей», вышедшей свыше 80 лет назад, Сеген говорит: «Физически — он (идиот) не *может,* ум­ственно — он не *знает,* психически — он не *желает.* Он бы и *мог,* и *знал,* если бы только он хотел; но вся беда в том, что он прежде всего не *хочет\».*

Через 50 лет после Сегена эта же мысль была развита Сол-лье (Sollier), который видел сущность умственной отсталости в не­достаточности произвольного внимания, т. е. в конечном счете в недостаточности воли. Согласно Соллье, у наиболее низко стоящих идиотов есть только внимание, которое не требует усилий или пробуждает удовольствие. У высших идиотов возможно произволь­ное внимание. Однако у одних произвольное внимание пробуж­дается крайне редко, под влиянием большого удовлетворения, у других оно возбуждается легко, но абсолютно не обладает устой­чивостью. У имбецилов произвольное внимание существует в из­вестных пределах, но его нельзя фиксировать. Для внимания имбецилов характерны его крайнее непостоянство и неустойчи­вость. Неустойчивость внимания проявляется также и в деятель­ности имбецилов. Цель, ради которой они работают/ускользает от них. Недисциплинированность, тесно связанная с неустойчи­востью внимания, есть подлинная сущность имбецила. Неустой­чивость психическая и телесная, потребность в постоянной сме­не мест и занятий также связаны с нарушениями внимания имбецилов. В современной науке взгляды Соллье разделяются

Геллером (Th. Heller), который основу своеобразия умственно от­сталого ребенка видит в недостаточности апперцепции.

Трошин, не считая возможным свести все своеобразие умст­венно отсталых детей к недостаточности одной какой-либо функ­ции, все же отводит недоразвитию воли очень большое место в своей концепции умственной отсталости. Трошин исходит из де­ления развития воли у нормальных детей на следующие пять ста­дий: физиологически-инстинктивная, первичная, подражательно-внушенная, механическая и приспособительная, физиологически-инстинктивная воля — это автоматические и импульсивные движения, рефлексы, инстинкты и выразительные движения. Вто­рая стадия — первичная воля — относится к первичным движе­ниям ребенка, начиная с хватания и кончая речью.

Подражательно-внушенная воля — это стадия, когда для ре­бенка является характерным действование по подражанию и бла­годаря внушению. На этой стадии ребенок становится способ­ным к тому, чтобы «представить себе волю другого как неко­торый отдельно существующий факт, воспринять его и отобразить на себе». Для механической воли ^характерно то, что ребенок не признает границ воли (гипертрофия «я хочу») и действует по линии наименьшего сопротивления. Отличительными чертами механической воли являются: слабость обсуждения, напряжения, подавления и недостаточное согласование с личностью. Приспо­собительная воля уже содержит в себе основные компоненты развитой воли взрослого человека, хотя все еще значительно от­личается от воли взрослых людей. Стадия приспособительной детской воли падает на школьный возраст.

На основе этого деления развития воли нормального ребен­ка на пять стадий Трошин рассматривает своеобразие воли умственно отсталых детей различных степеней. Идиотам доступ­ны рефлекторно-инстинктивная воля, наблюдаемая в первые че­тыре месяца жизни у нормального ребенка, и первичные произвольные движения, за исключением подражательных и вну­шенных. Для имбецила характерна подражательно-внушенная воля. Имбецил в своей деятельности воспринимает мотивы или материал для них от других людей. Собственная его активность распространяется лишь на инстинктивно-рефлекторные дей­ствия, первичные действия из побуждений и привычные дей­ствия. Все его поведение распадается на две сферы: привычную, близкую к рефлекторной, где он поступает целесообразно и уве­ренно, и непривычную, где действует личное приспособление. В этой последней области характерным для имбецила является коле­бание. Он колеблется, не может решиться действовать или

279

потому, что не имеет мотивов, или потому, что не знает их. Нере­шительность усиливается еще оттого, что при всяком действии у имбецила выступают два мотива: положительный—сделать и отрицательный—нельзя ли не делать (негативизм). Довольным и счастливым имбецил чувствует себя тогда, когда мотив к дей­ствию определяется внешним объектом.

Наиболее характерным для воли дебила является то, что он всегда идет по линии наименьшего сопротивления. Ступень, когда можно сказать «я борюсь с тем-то и тем-то», для дебила недо­ступна. В пределах свойственной ему воли дебил обсуждает и действует так же, как и нормальный: он может быть нереши­тельным, искать выхода, пробовать различные мотивы, обнару­живать предусмотрительность, систематичность и настойчивость.

Дебил стремится жить так, чтобы затрачивать минимум во­левого приспособления: вместо самостоятельных мотивов он бе­рет их извне (подражание и внушение), вместо новых пользует­ся старыми (привычки) и вместо трудных мотивов избирает легкие (склонность к удовольствиям). Следовательно, для дебилов ха­рактерна та стадия волевого развития, которую Трошин назы­вает механической волей. «Я хочу»— сознание собственной воли им доступно. Однако их поведение не ограничено той сложной суммой социальных и духовных потребностей, какую дает нор­мальный опыт. У дебилов наблюдается гипертрофия обсужде­ния, когда человек только рассуждает, но не действует. Обсуж­дение у дебила носит словесный характер, но он не способен к борьбе за свои решения и за их выполнение. Способность по­давления у дебилов меньше, чем у нормальных детей: у них много импульсивных поступков и часто бывают такие состояния, ког­да дебил не владеет собой. Положительное волевое усилие у де­била слабее, чем отрицательное: если надо выполнить что-либо трудное, дебил пасует гораздо скорее, чем в тех случаях, когда он отказывается что-нибудь сделать. В этих последних случаях его сопротивление может быть очень сильным.

Кроме этой формы (пассивного негативизма) дебилы часто проявляют активный негативизм, т. е. делают обратное тому, о чем их просят. Чем больше на них нажим со стороны, тем рез­че проявляется негативизм.

Геллер в своей работе «Волевые нарушения у детей» дает обзор волевых дефектов, характеризующих различные категории аномальных детей. У идиотов и имбецилов отсутствуют какие бы то ни было предпосылки для ясного, целенаправленного хо­тения. Волевая деятельность находится в полной зависимости от функции внимания. Там, где отсутствует внимание, не может

иметь место хотение, даже в своих наиболее простых отноше­ниях. Поэтому идиот лишен воли. Даже его инстинкты и влече­ния настолько убоги, что в этом отношении он нередко не может идти в сравнение с нормальным новорожденным. Тормозящая де­ятельность воли вообще не развивается или развивается в очень незначительной степени. Поэтому у идиотов и в дальнейшем ос­таются некоторые автоматические движения.

Сущность имбецила обнаруживается в действиях, однознач­но определенных влечениями. Произвольные действия, которым предшествуют обсуждение и активное направление внимания, необходимое для достижения заранее намеченной цели, недо­ступны имбецилу. Внимание имбецилов не обладает необходи­мой энергией, а представления — достаточной остротой и яс­ностью, чтобы по собственному побуждению изменить поло­жение сознания. Поэтому имбецилы не могут действовать целесообразно и целенаправленно.

У дебилов интеллектуальная неполноценность часто отсту­пает на задний план по сравнению с недостаточностью эмоций и воли. У дебилов часто можно встретить недостаточность эмо­циональной жизни, которая идет гораздо дальше эмоциональной бедности имбецилов. У дебилов нередко развиваются только чув­ственные эмоции удовольствия и неудовольствия. Существу де­била соответствует эгоцентрическое хотение. Волевые проявле­ния другого рода внутренне чужды ему.

Для развития воли характерно возрастающее освобождение хотения от эмоциональной мотивации. На место эмоциональных побуждений становятся ценностные суждения, которые крити­чески освещают мотивы действования и, наконец, продуцируют волевой акт. Слабые мотивы обусловливают вялость хотения — поэтому в реакциях дебилов, не относящихся к их эгоистичес­ким стремлениям, отсутствуют та сила и то значение, какие яв­ляются предпосылкой успешного действования. Обсуждение мало что может исправить в волевых проявлениях дебилов. Нередко они обладают формальным моральным кодексом, вооружены до отказа прекрасными изречениями и правилами и, несмотря на все это, в критическую минуту поступают как раз обратно тому, чего требует их прописная мораль.

У многих дебилов встречается негативизм в различных его проявлениях: непослушание, упрямство, своенравие. Дебил может проявить большую «силу воли» в своем негативизме, и наряду с этим он не способен противопоставить нормальные задержки хотению, вытекающему из его влечений. Негативизм Дебилов часто возникает в результате непомерных требований,

9Я1

предъявляемых им в семье, и представляет собой защитную ре­акцию. Затем негативизм распространяется на все требования и начинает удовлетворять желание отомстить окружающим, развивающееся у дебилов (с этим связаны также их дерзость, строптивость). Негативизм дебилов часто тотчас же исчезает, как только они попадают в воспитательное учреждение. Дети, ко­торые были бичом для своей семьи, в учреждении в конце кон­цов оказываются безобидными, слабыми существами.

Раншбург обнаружил высокую внушаемость у умственно от­сталых детей. Он показывал детям картины, а затем спрашивал их о том, что они видели на картинах. Некоторые из вопросов, задававшихся при этом, имели внушающий характер, например касались предметов, которых вовсе не было на предъявленных картинах. Оказалось, что внушаемость отсталых детей в два раза превосходит внушаемость, найденную В. Штерном у нормаль­ных детей (табл. 1).

Таблица 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | % правильных ответов | % внушенных ответов | % неопределенных ответов |
| Нормальные дети | 59 | 25 | 16 |
| Умственно отсталые | 34 | 56 | 10 |

Экспериментальные исследования показали также недоста­точность так называемого произвольного внимания дебилов, тесно связанного с развитием воли. Так, исследование абстрактного внимания, проведенное Штерцингером, обнаружило огромную разницу между умственно отсталыми и нормальными детьми. Качество работы нормальных детей при зачеркивании букв по определенным правилам почти вдвое превосходило качество ра­боты умственно отсталых (табл. 2).

Таблица 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Среднее количество ошибок | Затраченное время |
| Нормальные дети | 41,7 | 17" |
| Умственно отсталые | 80,4 | 66" |

Бапперт, исследуя внимание умственно отсталых школьников по методу Бурдона, также установил далеко идущую недоста­точность их внимания (табл. 3).

Таблица 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Количество ошибок | Отметка | Учащиеся  нормальной школы в(%) | Учащиеся  вспомогательной школы (в %) |
| 0-2 | оч. хор. | 7,4 . | 2,3 |
| 3-6 | хор. | 20,3 | 4,7 |
| 7-20 | удовл. | 46,6 | 34,5 |
| 21-40 | недост. | 17,0 | 33,3 |
| 41 и более | неуд. | 8,5 | 25 |

Таким образом, по этому тесту недостаточные неудовлетво­рительные результаты были получены у 58% учащихся вспо­могательных школ и только у 25% учащихся нормальных школ.

Новая страница в учении о воле была открыта работами К. Левина (Kurt Lewin). Характерным для ряда психологических школ, из недр которых вышли наиболее известные теории воли, является феноменологический подход к этой проблеме. В рабо­тах Левина мы имеем попытку перейти от феноменологическо­го изучения воли к ее каузально-динамическому изучению. Вме­сте с тем Левин развернул структурную концепцию воли.

По Левину, причиной волевого действия является вовсе не простое сцепление представлений отношения и цели, которое толкает к выполнению действия, лишь только наступил повод. Когда у нас есть намерение что-либо сделать, за этим намере­нием всегда стоит некоторое внутреннее напряжение, напря­женная система. Наличие этого внутреннего напряжения и яв­ляется причиной действия. Анализируя намерение как основ­ной тип волевого действия, Левин приходит к выводу, что действие истинной потребности и последействие намерения об­наруживают «параллельность», сходство механизмов.

Это сходство заключается в следующем: 1) вещи приобрета­ют особый, побудительный характер (Aufforderungscharakter); встреча с этими вещами влечет за собой тенденцию к опреде­ленным действиям (как для голодного подобным Aufforderungs­charakter обладают кушанья, так для человека, у которого есть

283

намерение опустить в ящик письмо, таким свойством будут об­ладать почтовые ящики); 2) в том и в другом случае энергия действия имеет своим источником внутренние напряжения; если средства и условия удовлетворения потребности не даны, они активно выискиваются; 3) удовлетворение потребности приво­дит к устранению состояния напряжения и может быть описа­но как психическое «насыщение» (как голодный в конце концов насыщается, так и человек, у которого возникла потребность слу­шать музыку, в известный момент доходит до стадии «психиче­ского насыщения»); 4) если состояние напряжения слишком ве­лико, оно может привести к нецелесообразным действиям— на­пряжение будет прорываться слишком рано.

Подобное далеко идущее сходство механизмов дало основа­ние Левину утверждать, что за намерением всегда скрывается квазипотребность (термин «квазипотребность» подчеркивает сход­ство механизмов с истинными потребностями, коренящимися в инстинктивных влечениях). Квазипотребности не только обна­руживают «параллельность» с истинными потребностями, но и возникают на основе этих последних и, таким образом, генети­чески связаны с ними. Вместе с тем сам по себе термин «ква­зипотребность» указывает также и на различия, существующие между квазипотребностями и истинными потребностями.

Экспериментальные исследования показали, что если какое-либо действие не закончено, обнаруживается совершенно опре­деленная тенденция при первой возможности вернуться к пре­рванному действию и закончить его. Это объясняется состояни­ем напряжения, которое не было разрешено, поскольку действие осталось незаконченным. Однако, если действие, которое было предл°жено испытуемому непосредственно после перерыва основ­ного действия, оказывается в определенной, существенной связи с основным действием, тенденции вернуться к прерванному дей­ствию не наблюдается. Второе действие становится замещаю­щим — его выполнение разрешает внутреннее напряжение.

Исследование «психического насыщения» у учащихся вспомо­гательных школ, проведенное одним из сотрудников К. Левина, показало, что у умственно отсталых в стадии насыщения гораз­до более часты паузы и промежуточные действия, чем у нормаль­ных детей. Следовательно, умственно отсталый (дебил) или занят данной задачей, или *совсем* прерывает эту деятельность. Нор­мальный ребенок отвечает на конфликт между желанием рисо­вать и начинающимся насыщением значительно мягче, эластич­нее. Поведение дебила гораздо резче: пли—*или.*

Исследование Кёппке (Коррке) показало, что частота воз­вращения к основному прерванному действию у умственно отсталых выше, чем у нормальных детей. В то время как у нор­мальных *1*—8-леток возвращение к основному прерванному дей­ствию встречалось в 80% случаев, у умственно отсталых 8—9-леток оно наблюдалось в 100% случаев, т. е. обнаруживалось с изумительной закономерностью, правильностью.

Если, прервав основное действие, заставить испытуемого вы­полнять другое действие, сходное с основным по содержанию или по используемому материалу, это второе действие может стать замещающим по отношению к основному. Оказывается, что в то время как у нормальных 7—8-леток замещающее действие обладало такой высокой заместительной значимостью, что час­тота возвращения к прерванному основному действию падала с 80 до 34%, у умственно отсталых частота возвращения к прерван­ному действию изменялась от 100 до 94 %. Следовательно, *заме­стительная значимость другого действия умственно отсталых равнялась почти нулю.*

Основываясь на этих экспериментальных исследованиях, Левин выдвинул динамическую теорию умственной отсталости. Личность, по Левину, представляет собой динамически более или менее единую, более или менее замкнутую систему. Одно из основных динамических различий маленького ребенка и взрос­лого заключается в различной степени дифференцированности психических областей и систем. Разные жизненные сферы (про­фессия, семья, дружба) и разные потребности у взрослого чело­века, как правило, гораздо более дифференцированы4, чем, на­пример, у годовалого ребенка. У взрослого без особого труда можно различить области, расположенные более периферичес­ки и более центрально. У маленького ребенка эта сложность еще гораздо менее выражена.

Динамические различия между личностями не исчерпыва­ются, однако, различиями структуры всей системы. Большое зна­чение имеет степень легкости, с которой изменяется структура. В этом отношении можно говорить о различной динамической мягкости, эластичности или же, наоборот, твердости, непо­датливости психического материала. Младенец отличается от взрослого не только меньшей дифференцированностью, но и большей мягкостью. Примитивность, инфантилизм, характерный Для умственно отсталого ребенка, динамически прежде всего

Дифференцированность надо понимать исключительно в динамическом смысле.

может найти свою основу в незначительной степени дифферен-цированности. Умственно отсталый ребенок в общем менее дифференцирован, чем нормальный равного паспортного воз­раста. По степени дифференцированности умственно отсталый походит на нормального ребенка более младшего возраста.

Вместе с тем умственно отсталого отличает от нормального ребенка меньшая податливость, то, что психические системы умственно отсталого меньше поддаются динамическим сдвигам. Эти динамические особенности личности умственно отсталого ребенка объясняют ряд фактов, добытых экспериментальными исследованиями и наблюдением. Теперь становятся понятными та неподвижность, тот педантизм, с которым умственно отста­лый держится за определенную цель, определенную привычку. Малая податливость в отношении изменений структуры объяс­няет то, что у умственно отсталых всегда с исключительной правильностью наблюдается возвращение к прерванному дей­ствию.

Динамическая значимость замещающего действия основыва­ется на том, что выполнение замещающего действия (В), т. е. разрешение напряжения системы В, приводит к динамическому разрешению напряжения системы А, соответствующей основ­ному действию (А). Это возможно лишь в том случае, когда обе системы, А и В, находятся в такой связи, что разрешение напряжения системы В приводит в то же время к разрешению напряжения в системе А. Они должны быть относительно неса­мостоятельными частями одного динамического целого (см. фи­гуру I на рис. 1).

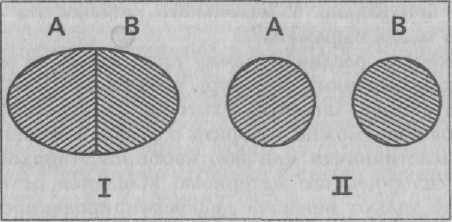


Рис. /

Если общая система личности малоподвижна, дифференци­рование общей системы на две слабо отделенные друг от друга

системы происходит с большим трудом. При этом условии или образуются две отдельные системы (см. фигуру II на рис. 1), или обе системы А и В вообще остаются совершенно нераздель­ными. Этим объясняется то, что эффект замещающих действий равен почти нулю. *Или*—или, характерное для умственно отста­лого ребенка, объясняется тем, что у него в гораздо большей степени, чем у нормального, образуются «крепкие» динамичес­кие целые, т. е. единые недифференцированные системы, кото­рые если уже разделены, то разделены целиком и полностью.

Особенности поведения умственно отсталого объясняются также тем, что он крайне связан одной определенной ситуаци­ей. Эксперименты показали, что если прервать выполнение дей­ствия и заставить умственно-отсталого выполнять другое дей­ствие *за другим столом,* умственно отсталый не возвращается к первой задаче. Таким образом, умственно отсталый в гораздо большей степени, чем нормальный, связан одной ситуацией: он или в одной, или в другой ситуации. Отдельные ситуации в го­раздо большей степени, чем у нормального ребенка, пред­ставляют собой замкнутые целые1, и умственно отсталые дей­ствуют сообразно силам поля этой замкнутой ситуации. В ре­зультате умственно отсталый «отдается» ситуации, которая, смотря по обстоятельствам, может иметь совершенно различный аффект.

Незначительная способность к изменению ситуации приво­дит при определенных обстоятельствах к выдержке и энергии в преследовании цели. Но для этого необходимы определенные условия: ребенка должна удерживать значительная замкнутость поля.

Меньшая дифференцированность, которая сближает умствен­но отсталого с маленьким ребенком, приводит к тому, что послед­ний во всем, что он делает, участвует всей своей личностью.

Границы между личностью и средой относительно слабы. Изменения потребностей у маленького ребенка непосредственно изменяют характер среды, а изменение этой последней непос­редственно и со значительной силой действует на общее состоя­ние личности. Отсюда парадоксальность в отношении легкости воздействия на маленького ребенка: при известных обстоятель­ствах на маленького ребенка крайне трудно повлиять, в то время как при других обстоятельствах на него повлиять значительно легче, чем на ребенка более старшего возраста. Если удастся из­менить окружение в желаемом направлении, маленький ребенок Должен «отдаться» этому изменению. Но вместе с тем, поскольку

границы между личностью и средой относительно слабы, произве­сти эти изменения среды крайне трудно.

Умственно отсталый ребенок также обнаруживает эту цело­стность, даже относительно еще большую недифференцирован-ность. Поэтому указанная парадоксальность в отношении лег­кости воздействия на ребенка особенно рельефно выступает у умственно отсталых: на них при известных обстоятельствах очень легко повлиять, при других—особенно трудно.

Дифференцированность системы личности стоит в тесной связи с ее подвижностью, податливостью. Функциональная неподвижность системы затрудняет ее дифференцирование.' По­скольку подвижность, податливость общей системы у умственно отсталого ребенка значительно меньше, то и быстрота диффе­ренцирования всей системы или ее областей меньше, чем у нор­мального ребенка: умственно отсталый развивается медленнее.

Из обзора работ, стремящихся вскрыть особенности волево­го развития умственно отсталого ребенка, мы видим, что эти ра­боты дают ценный фактический материал и подчас интересные попытки теоретического истолкования фактов. Однако ни одна из теорий, изложенных нами выше, не отвечает диалектико-ма­териалистическому пониманию своеобразия личности и разви­тия умственно отсталого ребенка. Ни одна из этих теорий не в состоянии правильно и адекватно объяснить тех фактов, какие накоплены наукой об умственно отсталом ребенке.

Давая ценный фактический материал, являющийся резуль­татом многолетних тщательных и тонких наблюдений, Трошин в своих теоретических обобщениях встал на ложный путь. Он трак­тует своеобразие волевого развития умственно отсталого ребен­ка как чистое недоразвитие. Различные степени умственной от­сталости отличаются друг от друга в отношении волевого раз­вития тем, на какой стадии остановилось развитие воли: идиот останавливается на стадии физиологически-инстинктивной и пер­вичной воли, для имбецила характерна подражательно-внушен­ная воля, а дебил не идет дальше стадии механической воли. Это — чисто количественный подход. Здесь не вскрывается ка­чественное своеобразие волевого развития умственно отсталых, его связь с другими сторонами личности и развитием личности в целом.

Геллер недостаточность воли объясняет дефектами внима­ния. Но ведь недочеты внимания, в свою очередь, коренятся в особенностях волевого развития, так что объяснять недостаточ­ность воли дефектами внимания — значит ничего не объяснить. В остальном Геллер примыкает к ассоциационной точке зрения

Линдворского (J. Lindworsky): неспособность действовать спон­танно и целесообразно он объясняет недостаточной ясностью представлений, вялость хотения, по его мнению, обусловливает­ся слабостью мотивов и т. д. Кроме того, Геллер выдвигает по­ложение о врожденной аморальности дебилов, которое является абсолютно несостоятельным: ведь формирование характера не вырастает непосредственно из конституции дебила, но является результатом его развития в процессе взаимодействия с соци­альной средой. К этому вопросу мы еще вернемся ниже, в свя­зи с анализом теорий характера и личности умственно отстало­го ребенка.

Большой интерес представляет динамическая теория умствен­ной отсталости, выдвинутая К. Левиным. До Левина волевые про­цессы рассматривались главным образом как феноменология волевого акта, без связи с «моторами», приводящими их в дви­жение. Левин рассматривает волю каузально-динамически. Он подвел фундамент под волевую деятельность, связав намерение с потребностью и показав, что квазипотребности развиваются на основе истинных потребностей. Однако наряду с этой силь­ной стороной учения Левина обнаруживаются слабые стороны его системы. Левин рассматривает волю в биологическом ас­пекте. Для предлагаемых им объяснений не играют роли те сдви­ги, которые имеют место в социальном развитии ребенка. Он как бы отвлекается от этого и берет самые основные динами­ческие отношения, которые одинаково хорошо могут объяснить поведение младенца и взрослого человека. Он рассматривает тот радикал, который присутствует и здесь, и там, причем ос­тавляет без внимания те специфические закономерности, кото­рые вступают в действие с возникновением новообразований в процессе развития.

Теория Левина внесла свежую струю в науку об умственно отсталом ребенке. Результаты экспериментальных исследований и общеизвестные факты, касающиеся особенностей поведения умственно отсталого ребенка, получили совершенно новое объ­яснение. Левин исходит из понятия личности как целостной си­стемы и кладет в основу рассмотрения своеобразия умственно отсталого ребенка динамические особенности его личности. Объяснение своеобразия поведения умственно отсталого ребен­ка Левин в конечном счете сводит к функциональной непод-вижности системы личности. Это единство объяснения, которое с необычайной прямолинейностью применяется к самым разно­образным фактам, подкупает своей целостностью и стройнос-Тьк>. Здесь действительно преодолены атомизм, ассоциационная

механика, голый интеллектуализм. Целостная структура и ее ди­намические изменения поставлены во главу угла.

Однако как во всем своем учении, так и в теории умствен­ной отсталости Левин не вышел за пределы общих динамичес­ких отношений. Можно согласиться с тем, что тутоподвижность психических систем действительно имеет место у умственно от­сталого ребенка. Однако это свойство в процессе развития умст­венно отсталого ребенка претерпевает изменения.

Между тем Левин не принимает во внимание качественных сдвигов в волевом развитии ребенка и в его интеллектуальном развитии.

Поскольку исследования Левина отвлекаются от высших психологических функций, различия между детьми, стоящими на разных ступенях развития, обнаруживаются с негативной сто­роны. Для того чтобы вскрыть положительное содержание этих различий, надо включить в орбиту исследований развитие выс­ших психологических функций во всем их качественном свое­образии.

Наконец, теория Левина, поставив проблему умственной от­сталости в совершенно новом аспекте, все же осталась на пози­циях прежних концепций в том смысле, что и Левин рассматри­вает своеобразие умственно отсталого ребенка главным образом количественно, как замедленное развитие. Поскольку подвижность, податливость общей системы у умственно отсталого ребенка зна­чительно меньше, то и быстрота дифференцирования всей сис­темы или ее областей меньше, чем у нормального. Умственно от­сталый развивается медленнее, говорит Левин.

**ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ**

Теперь мы перейдем к ознакомлению с конкретными историями развития умственно отсталых детей. Эти истории раз­вития также послужат нам материалом; на основе которого мож­но будет вскрыть своеобразие эмоционально-волевого развития и характера умственно отсталых. Истории развития представ­ляют результат наших исследований, проведенных в течение последних двух лет5.

Исследования проведены в клинико-диагностическом отделении и педологической консультации Экспериментального дефектологическо­го института имени Эпштейна.

*Случай 1.* История развития Семы Э.,10 лет 9 месяцев. Отец С — квалифицированный рабочий. В наследственности отмечается психичес­кое заболевание у тетки по линии матери. Сева—первый ребенок по счету. Во время беременности мать болела колитом. Родился Сема очень маленьким (коротким и худеньким). Грудь брал плохо. Головку начал держать, когда ему было около 1Уа лет. Сидеть начал в 2V, года. Гово­рить отдельные слова стал после двух лет, самостоятельно одеваться— около 6 лет. В отношении ума у С. на всем протяжении развития отме­чается недостаточность.

Исследование С. в клинико-диагностическом отделении дало следу­ющие результаты. Рост по основным измерениям значительно ниже сред­них возрастных норм для 8-леток. Асимметричное строение скелета. Рез­кий epicanthus с обеих сторон. Верхний прогнатизм. Широкое, высо­кое нёбо с выраженным нёбным швом.

Penis и мошонка очень малы по размерам. Крипторхизм. Со сто­роны нервной системы отмечается следующее: тонус на верхних конеч­ностях понижен, на нижних конечностях несколько повышен. Обиль­ные синкинезии. Enuresis nocturna. Дермографизм красный нестойкий.

Моторное развитие по шкале Озерецкого соответствует 3 годам 8 месяцам. Особенно западают скорость и точность движений.

Развитие речи (по методу Декедр) соответствует 5 годам.

Умственное развитие по шкале Бине—Термена соответствует 5 го­дам 2 месяцам, 10 = 0,47.

Диагноз: олигофрения (имбецильность). Этиология: интоксикация вследствие колита у матери в период беременности.

Случай этот представляет интерес прежде всего в отноше­нии эмоциональной жизни умственно отсталых детей. В литера­туре можно нередко встретить утверждение, что умственно от­сталые дети — имбецилы и дебилы — отличаются слабостью, бледностью, крайней невыраженностью эмоциональной жизни. В этой малой интенсивности, поверхностности эмоций некото­рые авторы видят корень аморальности, антисоциальности умственно отсталых. Данный случай, а также ряд других, имею­щихся в нашем распоряжении, показывают, какой значительной силы могут достигать эмоции у умственно отсталых 6.

Еще в возрасте 5—6 лет у С. была сильная привязанность к отцу и матери. То же самое было отмечено во время пребывания С. в кли­нико-диагностическом отделении. Он очень скучал по своим родным,

6 То, что эмоции умственно отсталых достигают значительной (относитель­но) силы, не снимает положения об эмоциональной недостаточности умственно отсталых по сравнению с нормальными детьми. Мы не мо­жем согласиться с точкой зрения Блейлера, считающего, что в отноше­нии эмоций нет разницы между нормальными и умственно отсталыми.

19\* 291

беспрестанно спрашивал, когда мы отпустим его домой. Когда он уз­нал о том, что отец приедет его навестить, мысль о предстоящей встре­че была для него предметом радости в течение ряда дней. Встреча с от­цом была сплошным ликованием.

После 7 лет родители начали замечать, что С. очень близко задева­ет, если его обругают. Когда сестра С. называет его обезьяной, дура­ком, С. очень сердится, начинает бить сестру. При этом он может схва­тить, что попадется под руку — палку, железный прут, —и наброситься, ни с чем не сообразуясь («Один раз чуть не убил сестру», рассказывает про него отец). Между тем С. вовсе не злой ребенок.

Рассказы отца и наблюдения в клинике рисуют его как раз 'в дру­гом свете.

Он может быть абсолютно поглощен тем, что непосредственно ин­тересует его. Вместе с тем он легко и быстро отвлекается во время учеб­ных занятий.

В 8 лет у С. появился интерес к машинам. Он начал пропадать по целым дням. Ходил на станцию и не отрываясь смотрел, как ходят па­ровозы, вагоны. Заходил в мастерскую, смотрел, как там работают ма­шины. С.— большой трус. Но даже страх не мог заставить его уйти со станции и прекратить сладостное занятие — наблюдение за передвиже­нием паровозов. Когда паровоз начинал гудеть, С. очень путался, зажи­мал уши руками, но все-таки оставался стоять и смотреть.

С.— добрый ребенок. Если увидит нищего, приходит к матери, про­сит дать ему что-нибудь. Подаренные ему гостинцы С. отдает сестре, ребятам. Сестру любит, несмотря на то что та дразнит его. Когда Семе было поручено вести ребят к обеду (обычно это делает педагог), он был вне себя от восторга. Надо было видеть, сколько чувства он вкладывал в команду «строиться!», с каким невероятным подъемом считал ребя­там «раз, два, три». Он в это время чувствовал себя на недосягаемой высоте. Он весь был переполнен эмоцией, и его маленькое дряблое тель­це всё сотрясалось, как будто бы было не в состоянии выдержать та­кого натиска чувств.

Достаточно показательным является также поведение С. во время музыкальных занятий. Характеристика педагога говорит о том, что С. весь проникается ритмом — начинает ритмически хлопать в ладоши, маршировать, петь, дирижировать. Слушание музыкального произведе­ния вызывает у него глубокое волнение.

Весь материал красноречиво говорит о большой эмоциональ­ной насыщенности, силе эмоций С.

Этот случай, равно как и примеры других умственно отста­лых детей, прошедших через клиническое исследование, воочию доказывает нам конкретную роль эмоций в психике умственно отсталого ребенка. Надо сказать, что при исследовании умственно

отсталых детей эмоциональная жизнь обычно оставалась в тени. Поэтому мы не имели возможности осветить вопрос об эмо­циональной жизни при изложении литературных данных и зат­рагиваем его в связи с историями развития отдельных детей.

Вместе с тем у С. нет большого диапазона эмоциональной жизни, богатства, многообразия, дифференцированности эмоций. Мы полагаем, что это в некоторой степени обусловлено интел­лектуальной недостаточностью, узостью кругозора С. Целый ряд областей, связанных с интеллектуальной деятельностью, с по­знанием окружающей действительности, отсутствует для С, не­доступен ему.

То, что было сказано об эмоциональной жизни С, казалось бы, роднит его с маленьким ребенком. Однако при ближайшем рассмотрении структуры личности С. оказывается, наоборот, что мы находим у него черты преждевременной зрелости и даже состаривания. В его характере есть серьезность, положитель­ность, рассудительность взрослого человека.

Так, С. совсем по-взрослому убеждает мать не волновать его. Когда дети из школы-коммуны пристают и дразнят его, он с серьезностью и убедительностью взрослого человека отвечает им: «Я же не виноват, что родился таким!» Когда С. уезжал из г. Невеля в Москву, он обошел всех знакомых, с тем чтобы по­прощаться с ними перед отъездом. С. говорил им при этом: «Я уеду завтра в Москву, может быть, больше не увидимся. Попро­щаемся».

С. принципиален в соблюдении правил установленного по­рядка. Он вежлив, предупредителен, как взрослый. Моторный облик С.— облик «маленького старичка».

Признаком преждевременного состаривания является также то, что С. быстро теряет приобретенные навыки. В 8 лет С. вы­учил буквы и начал читать. Затем в течение нескольких меся­цев, когда приобретенные навыки не закреплялись, С. разучил­ся читать и забыл буквы.

Приводим другой случай, представляющий собой образчик значительной силы — аффекта у умственно отсталого ребенка.

Случаи 2. История развития Шуры Б., 14 лет 6 месяцев. Отец Шуры — служащий, мать — домохозяйка. Основные жалобы: отстает в умственном развитии, непомерно настойчива, очень требовательна.

В наследственности отмечаются алкоголизм, туберкулез, наличие нервных, раздражительных субъектов.

Семейная ситуация Ш.: отец, мать и старший брат 19 лет. Отец — неврастеник, раздражительный, домосед, деспот, сухой, черствый чело­век. «Любит, чтобы его уважали». Семья — с типичным мещанским

укладом. В семье господствуют строгий режим, правила, которым надо беспрекословно подчиняться. Нет ласки, тепла. Тягостная, давящая об­становка. Ярким штрихом, характеризующим уклад этой семьи, являет­ся то, что старший брат Ш., взрослый человек, самостоятельный работ­ник, не смеет вернуться домой позже определенного часа. Семья жи­вет замкнуто, мало общается с внешним миром.

История развития (по анамнестическим данным): Ш. —по счету пя­тая, родилась здоровой, полной, грудь брала хорошо. Ходить начала в 1 год 3 месяца. Говорить начала после года, причем до 4 лет речь фра­зами была только в зачатке. Память была плохая. Ш. иногда наказыва­ли, даже били.

В 5 лет Ш. увлеклась нанизыванием бус. Это увлечение продолжа­лось около двух лет. В 7 лет Щ. случайно увидела на пришедшей к ней девочке передник с вышитым рисунком, заинтересовалась вышиванием и так пристрастилась к этому занятию, что дня не могла провести без него.

Мать Ш. и в раннем, и в дошкольном возрасте уделяла Ш. доволь­но много внимания, старалась развивать ее. Отец бил Ш.

На 9-м году Ш. случайно услышала от подруг, что те учатся в шко­ле. После этого Ш. неустанно требовала, чтобы ее отдали в школу (не спала по ночам и весь день только и говорила о том, чтобы родители устроили ее в школу). К школьным занятиям относилась с огромным прилежанием. Придя домой, не успокаивалась до тех пор, пока не сде­лает всего заданного. Никакие уговоры не действовали на нее. Могла сидеть по три часа за решением задачи.

Ш. послушна, уговорить ее легко, за исключением тех случаев, ког­да она сильно захочет чего-нибудь. Тут уж она добивается своего с нео­бычайным упорством, и никакие уговоры не действуют.

В 9'/2 лет Ш. поступила в нормальную школу (вспомогательной шко­лы в том городе, где жила Ш., не было). Во 2-м классе Ш. осталась на второй год. Дома почти все свое время уделяла подготовке уроков, не­смотря на то что родители старались отвлекать ее от этого. Из 3-го клас­са III. пришлось взять, так как она совершенно не справлялась со школь­ными требованиями.

Дома все время была очень строгая система воспитания. Отец бил Ш., особенно в состоянии раздражения.

За последние год-два у Ш. появилась любовь к чтению. Берет кни­ги из библиотеки. Любит рассказать о прочитанном, но у нее не полу­чается связного рассказа. Основным интересом Ш. продолжает быть учение.

За последний год Ш. стала тяготиться тем, что после уроков за ней приходил в школу кто-нибудь из домашних. Ш. уходила из школы за­ранее, одна, и старалась пойти такой дорогой, чтобы не встретиться с матерью или отцом (несмотря на то что ей грозила опасность быть из­битой ребятами).

Исследование Ш. в клинико-диагностическом отделении дало сле­дующие результаты. Рост по основным измерениям несколько выше сред­них возрастных норм для 14 лет. Коротконога. Половое развитие: име­ются вторичные половые признаки, соответствующие возрасту. Menses с 13 лет.

Со стороны нервной системы отмечены обильные синкинезии. При конвергенции отходит левый глаз. Коленные рефлексы повышенные, с расширенной зоной. Незначительный тремор век. Дермографизм крас­ный стойкий.

Грамматическая и синтаксическая сторона речи Ш. сложилась, В основном с формальной стороны речь правильна. Запас слов довольно богат.

Любит говорить. Может рассказывать в течение 20—30 минут о том, что она видела, слышала, читала. Мы приведем в качестве примера за­пись ее монолога. Во время исследования высших функций памяти пос­леднее воспроизведенное ею слово — «молоко». Это слово дает толчок ее монологу (записан нами дословно):

«А вот я слыхала, татары делают кумыс из лошадиного молока. Мой папа пил кумыс, но не злоупотреблял, потому что, говорит, привыкнешь, так не отвыкнешь. Вот татары любят Кумыс, а больше никто не любит.

Овечье бывает молоко, еще я слыхала — козье бывает. Кто-то еще говорит — да, знакомая из N,— что козье она пила молоко. Сладкое, только мало доят.

Овцы еще шерсть дают, козы тоже шерсть дают.

У моей сестры квартирантка стояла, у ней коза была, через забор прыгала, у нее шерсть вылетала. Коз стригут обычно осенью... т. е. ле­том, когда им жарко. Только от козы мало пуху получается? От овцы можно скорее шерсти набрать. И при этом коза может дать только две бутылки молока, не больше. А корова может сколько угодно дать. Смот­ря по тому, какая корова. Коровы телятся. Коровы телятся летом и зи­мой, во всякое время коровы телятся. Старые люди так считают: когда пост — у них корова телится.

Я спрашивала маму: "Что такое пост?" Она говорит: "Постом ни­чего скоромного не едят, а только одно постное". Мама говорит: "Раньше был грех, чтобы постом мясо ели". "А по-моему, я говорю, все равно".

("Почему все равно?"— спрашивает экспериментатор.)

Почему все равно? Потому что все равно, что есть — постное или скоромное. Они считают — грех, а мы считаем не грех, потому что, чем нам вкуснее, тем нам лучше.

Раньше старые люди говорили: 'Ты не ешь мяса, а то тебя бог на­кажет". Я раз у мамы спросила: "Мама, а что такое бог? Мама, ты ви-Аела бога? Он ведь на земле-то не ходит".

"Дурочка ты, дурочка (мама-то у меня верующая), бог — святой че­ловек. Куда захочет, туда и может пройти".

"Как он может жить на небе?" Она и говорит, мама: "Бог на вся­кую вышину может взлететь, потому что он — человек святой". Я го­ворю: "Если бы он был, мы бы его видели. Тогда и мы могли бы взле­теть на небо..." и т. д. Ш. еще долго рассказывала, пока эксперимента­тор не остановил ее.

Умственное развитие Ш. по скале Бине—Термена соответствует 7 го­дам 4 месяцам. IQ = 0,50. Из 12 задач на обобщение Ш. правильно ре­шает 5. Таким образом, в отношении этих интеллектуальных операций Ш. еще не достигла уровня 8 лет. Осознание причинных связей и их формулировка доступны Ш., что соответствует уровню 8 лет. Вместе с тем у Ш. еще отсутствует понимание отвлеченных понятий, даже наи­более простых.

У Ш. довольно богатый {сравнительно с уровнем ее развития) за­пас сведений. Уровень школьных знаний и навыков Ш. в основном со­ответствует 2-му классу вспомогательной школы.

Наблюдения над Ш. в клинико-диагностическом отделении подтвер­дили ее большое желание учиться и необычайное прилежание. То же самое обнаружилось в беседах с Ш.

Диагноз: олигофрения (глубокая дебильность).

Этот случай ясно показывает, насколько велика может быть сила аффекта, лежащего в основе поведения и развития дебиль­ного ребенка.

В течение ряда лет основным стержнем жизни Ш. является учение. Она не спит по ночам и беспрестанно упрашивает сво­их родителей устроить ее в школу. Когда это ее желание испол­няется, Ш. вся уходит в свои школьные занятия. Она не просто готовит уроки, она делает это со страстью, вкладывает в это занятие всю силу аффекта.

На этом случае мы наглядно убеждаемся, насколько непра­вильно огульное утверждение, будто у дебилов, особенно у глу­боких дебилов, мало места занимают действия по собственным побуждениям, будто необходимо постоянное стимулирование со стороны. Разумеется, значение ситуации, внешних побудитель­ных стимулов сохраняется и для дебила. Однако эти внешние стимулы должны затронуть эффективность, чтобы дать начало тем или иным действиям, поступкам, линии поведения умствен­но отсталого ребенка.

Учение в школе и чтение не представляют собой непосред­ственных интересов Ш. Она вовсе не любознательна и читает не для того, чтобы побольше узнать об окружающем. Равным образом она учится так прилежно вовсе не потому, что ей инте­ресно узнать что-либо новое, — нет. За всем этим стоят другие двигатели ее поведения — стремление сравняться со своими сверстниками или даже превзойти их. Наличие резкого аффек-

тивного сдвига (уж очень она старательна, слишком много стра­сти она вкладывает в свои учебные занятия) целиком подтвер­ждает наличие компенсации в формировании характера Ш.

Об этом же ясно говорят монологи и разговоры Ш. Анализ приведенного выше монолога Ш., который на первый взгляд мо­жет показаться чисто «ассоциативным» ходом мыслей, вскры­вает несколько тем, которые развивает Ш. Это темы, касающи­еся практических, житейских вопросов, например какая польза получается от коровы и козы, кого из них выгоднее держать и т. д. Далее, это антирелигиозная тема. .Мотивация подобных мо­нологов и разговоров Ш. ясна: Ш. хочет показать в этих разго­ворах, что она много знает, что она больше понимает и лучше разбирается, чем отец и мать, которые верят в Бога, и т. д.

История развития Шуры показывает нам также, насколько неправильным является традиционное утверждение, будто дви­гателями поведения умственно отсталого ребенка являются эле­ментарные влечения. У Ш. мы видим как раз обратное: основ­ной интерес ее лежит очень далеко от примитивных влечений.

Аффективные тенденции занимают своеобразное место в структуре личности Ш. и вступают в своеобразные отношения с другими сторонами личности — отношения, резко отличающие­ся от того, что наблюдается в нормальном развитии ребенка школьного возраста. Аффективное стремление Ш. не пропуще­но через многогранную призму оценок и суждений. Оно даже не включается в более высокие синтезы эмоционально-аффек­тивной жизни.

Не связанное никакими оценками и критическими сужде­ниями аффективное стремление Ш. несколько напоминает слепое влечение, лишенное интеллектуальной обработки, не зна­ющее сдержки, отводных каналов, сложной трансформации. Оценка и переработка аффективного стремления становятся не­возможными не потому, что у Ш. беден опыт. Нет, ее житейс­кий опыт относительно богат. Даже больше — это одна из силь­ных сторон Ш. Однако ей не хватает обобщения. Весь ее опыт, ее знания остаются отдельными сферами, имеющими отноше­ние к данной, определенной ситуации. Из-за недостаточности обобщения и отсутствия образования понятий накопленный опыт не приобретает актуального значения.

На первый взгляд может показаться, что Ш. крайне само­стоятельна в своих стремлениях. Наперекор всему она делает то, что вбила себе в голову, и добивается своего. Однако на са­мом деле в этом как раз обнаруживается ее огромная зависи­мость от ситуации. Мышление ее недостаточно объективно, она

воспринимает ситуацию в самом тесном отношении к своей лич­ности. Слишком велика близость ее личности и окружения; по­этому случайная ситуация может определить главную линию ее жизни. Ш. не может осмысливать окружающее «с некоторого расстояния». И равным образом это расстояние отсутствует и в восприятии своего собственного поведения, своих желаний, стремлений.

Переходим к следующей истории развития.

*Случай 3.* История развития И. Т., 9 лет 8 месяцев.

Отец И. — служащий, мать — работница.

Жалобы на умственную отсталость, нервность, упрямство, недораз­витие речи, утомляемость, физическую слабость. В наследственности отмечен алкоголизм.

И.—второй по счету ребенок. Роды на две недели' раньше срока, легкие. Груди не брал, из-за этого голодал. Прикармливать начали на 3-м месяце. Кормили беспорядочно. До 2 месяцев И. был довольно ожив­ленным ребенком. После 3 месяцев стал делаться все более вялым, по\* чти не двигался, только слабо шевелил кистями рук. Были очень часты желудочно-кишечные заболевания. Перенес рахит. Питался все время крайне недостаточно и по количеству, и по качеству пищи.

Зубы у И. стали прорезываться на 2-м году. Мать начал узнавать с года, понимать речь — с 3 лет. До 3 лет ничем не интересовался, не хватал предметов.

В конце 4-го года начал лепетать. В б лет начал произносить от­дельные слова, а затем говорить небольшими фразами. В 6 лет И. стал становиться на ножки. В 7 лет начал ходить, причем совсем не ползал, а сразу стал ходить.

С тех пор как И. стал ходить, мать поступила на работу. И. был заброшен, предоставлен самому себе.- Только в свободное от работы и хозяйственных забот время мать занималась с И., учила его читать и считать.

Исследование в клинико-диагностическом отделении дало следую­щие результаты. Рост по основным измерениям в среднем на 1, 2 сиг­мы ниже возрастных норм. И. может быть охарактеризован как узко­грудый, узкоплечий, плохо упитанный ребенок. Мышцы дряблые. Под­кожно-жировой слой развит слабо. Лимфатические железы увеличены.

Со стороны нервной системы: небольшой парез facialis'a с левой стороны; тремор век и языка; enuresis nocturna; дермографизм (слабый); правосторонний крипторхизм.

По развитию психомоторики И. стоит на крайне низкой ступени: так, по шкале Озерецкого он не решает ни одного теста, рассчитанно­го даже на 4-летний возраст.

У И. отмечены значительные дефекты речи: сложное косноязычие по семи категориям и аграмматизм. Придаточные предложения И. упот­ребляет, но довольно редко (условные предложения отсутствуют). Та-

ким образом, уровень развития формальной стороны его речи соответ­ствует примерно 4 годам.

Что касается запаса слов и понимания речи, то речевой возраст И. по методу Декедр равен б годам 4 месяцам. По тесту Центральной пе­дологической лаборатории МОНО на запас слов для 2-го года обуче­ния из 28 вопросов И. дает неправильные ответы на 4 вопроса.

Умственное развитие по шкале Бине—Термена соответствует 6 го­дам 8 месяцам, IO =0,70. Развитие наглядного мышления (по методу Ко-оса} соответствует 7 годам 3 месяцам, IQ = 0,77. По методу Пинтне-ра—Патерсона умственный возраст =7 годам 6 месяцам, Ю = 0,80.

Исследование практического интеллекта (по методу Боген) дало сле­дующие результаты. И. задачи не решает. Во время опыта обнаружива­ет полное непонимание ситуации, не умеет выбрать наиболее подходя­щее орудие. Применяет орудие неправильно, проявляет отсутствие гиб­кости в приспособлении к ситуации. При повторной попытке И. равным образом не решает задачи. Таким образом, по развитию практическо­го интеллекта И. стоит крайне низко, во всяком случае не выше 5-лет­него возраста.

Содержание опыта, запас сведений И. крайне скуден и совершен­но не соответствует его возрасту. Так, И. не знает, зачем у нас легкие, желудок. Он не знает, что такое туман, что такое гроза.

Словесно-логическое мышление сравнительно хорошо развито у И. Так, тест на подведение под род он решает хорошо. По развитию про­цесса обобщения он соответствует 7—8 годам. Если мы обратимся к при­чинному мышлению, то здесь найдем наряду с механической причин­ностью, являющейся достижением 7—8-летнего возраста, также и фе-номеналистическую причинность.

Развитие памяти: из ряда в 15 слов И. непосредственно воспроиз­вел всего лишь 3 слова, в то время как дебилы в его возрасте воспроиз­водят в среднем 4,5 слова из 15. Вместе с тем у И. высшие функции памяти относительно хорошо развиты. Так, при запоминании слов с по­мощью картинок И. по I (легкой) серии правильно воспроизвел 12 слов из 15 (+ 2 «хорошие ошибки»), в то время как дебилы его возраста воспроизводят в среднем 11 слов из 15. По II серии, проведенной в об­легченной форме, И. воспроизвел 13 слов из 15, в то время как нор­мальные дети того же паспортного возраста по этой серии, в более труд­ной форме, воспроизводят в среднем 13,5 слов из 15, а дебилы — всего 2 слова из 15.

Из особенностей поведения И. для нас представляют большой ин­терес его бурные реакции, проявляющиеся в том, что он неистово кри­чит и плачет, бранится, стучит ногами по полу. В наиболее острых слу­чаях он бросается на землю, бьется, кричит не своим голосом. Глаза его тогда широко открыты, руки судорожно вытянуты. Реакции эти все­гда мотивированы: так они возникают в ответ на то, что его заставляют идти в группу, когда он не хочет этого, или ему не удается заниматься

по ритмике с той группой, с какой он хочет, или его заставляют уйти из столовой, в то время как он хочет остаться, и т. п. И. сознает, что с ним происходит, потом чувствует себя виноватым, старается загладить свои выходки.

И. очень внушаем и подражателен. Вместе с тем он нередко нега-тивирует, не подчиняется направленным к нему приказаниям и требо­ваниям педагогов.

Самооценка И. повышена, но он не обнаруживает ее активно. Ша­лости И., кривлянья, гримасничание нередко связаны с его желанием обратить на себя внимание товарищей.

Диагноз: олигофрения (дебильность).

Волыыой интерес данный случай представляет в отношении волевого развития. У И. явно выступает гипобулический синд­ром. Вместо того чтобы добиваться желаемого путем действий по плану, путем соответствующих данной ситуации слов и дей­ствий, он реагирует двигательной бурей. Надо иметь в виду, что гипобулика И. «— это не гипобулика истерика, у которого две воли: целевая и гипобулическая. У И. мы имеем гипобулику как известную стадию в развитии воли — стадию, характерную для трехлетнего ребенка.

Наряду с таким глубоким недоразвитием воли, имеющим ме­сто в области поступков, действий, мы находим у И. относи­тельно хорошее развитие волевого запоминания. Здесь он не так значительно отстает от своего паспортного возраста. Следова­тельно, волевое развитие И. стоит относительно высоко в обла­сти интеллектуальной деятельности.

Мы видим в данном случае как раз обратное тому, что име­ет место в нормальном развитии ребенка. Нормальный ребенок сначала овладевает собой в области поступков, действий, а за­тем уже в области интеллектуальных операций. То, что у нормаль­ного ребенка стоит в начале развития, у нашего испытуемого И. стоит в конце, и наоборот. Последовательность стадий раз­вития вывернута наизнанку.

Второй аспект, в котором должен быть рассмотрен данный случай, — это структура интеллекта. Практический интеллект очень слабо развит у И. Он абсолютно не способен справиться с задачей, которую решает нормальный 6-летний ребенок. Вместе с тем мы находим у И. относительно (в сравнении со степенью его недостаточности в других областях) хорошее развитие словес­но-логического мышления. Таким образом, мы находим здесь соотно­шения, обратные тем, какие считались типичными для дебила.

Возникновение подобной структуры личности можно было бы гипотетически объяснить следующим образом: И. до 4 лет ле-

жал без движения, а ходить стал только около 7 лет. До этого возраста он был почти совсем лишен моторно-тактильного опы­та, который играет огромную роль в развитии ребенка. В этом смысле мы можем сравнивать развитие И. с развитием ребен­ка-калеки. У калеки, лишенного возможности передвижения, вы­падает образование моторно-эмоциональных переживаний, пред­ставлений о пространстве, крайне обедняется эмоциональное детское мышление. Крут конкретных, основанных на собствен­ном опыте представлений об окружающем сужен. Все эти осо­бенности развития ребенка-калеки имеют своим следствием склонность к абстрагирующей переработке, гипертрофию сло­весно-логического мышления. Мы можем говорить об этой ли­нии развития у И., у которого мы находим относительно хоро­шее развитие словесно-логического мышления.

Вместе с тем крайняя бедность моторно-тактильного опыта, «наивной физики», в смысле основанного на житейском опыте знания физических свойств своего собственного тела и окружаю­щих предметов, явилась одним из условий недоразвития практи­ческого интеллекта. Следовательно, вместе с первичной интел­лектуальной недостаточностью мы находим здесь и вторичную задержку развития практического интеллекта.

Анализируемый нами случай представляет интерес еще в от­ношении темпа развития. Термен установил, что ребенок продви­гается в своем умственном развитии в меру своего коэффици­ента. В то время как нормальный ребенок, прибавляя год пас­портного возраста, и в своем умственном развитии продвигается на год, дебил с коэффициентом 0,70 за год продвинется в своем умственном развитии только на 0,7 года. Развитие И. стоит в резком противоречии с этим законом. До 6 лет мы находим у И. глубокую задержку развития — до этого возраста он не ходил и не говорил. Если мы условно сравним его развитие с разви­тием нормального ребенка, то в 6 лет И. начал со ступени, со­ответствующей 1—*V/2* годам. В момент исследования И. по сво­ему умственному развитию стоял на уровне 7 лет. Следователь­но, за 4 года он проделал цикл развития, который нормальным ребенком проходится в 5 лет. Он не только превзошел те темпы развития, какие соответствуют его коэффициенту, но оставил позади себя и нормальных детей.

Вместе с тем ход развития И. за последний год дает основа­ния предполагать, что он уже начинает терять те высокие тем­пы развития, какие были взяты им за предшествующие 4 года. Этот момент, а также резкая биологическая неполноценность И. заставляют думать, что темпы развития И. в дальнейшем будут

снижаться все более значительно. Таким образом, кривая раз­вития И. имеет крайне своеобразную форму: сначала она идет, почти не. отклоняясь от горизонтали, затем делает резкий ска­чок и затем опять становится все более и более пологой.

Чувство малоценности и его компенсация занимают боль­шое место в развитии умственно отсталого ребенка. Все исто­рии развития, с какими мы уже познакомились выше, содержат указания на наличие чувства малоценности, повышенной само­оценки и другие симптомы, имеющие отношение к этому синд­рому. Едва ли будет преувеличением, если мы скажем, чтр чув­ство малоценности и те вторичные образования, какие возника­ют на его основе, играют немаловажную роль в развитии любого дебильного ребенка. Однако чувство малоценности может при­нимать самые разнообразные формы. Его место в структуре лич­ности и роль в развитии ребенка могут быть различными. Ме­ханизм возникновения вторичных образований, формы изжива­ния чувства малоценности, изменения сознания, возникающие в связи с этим, могут быть различными. Поэтому мы рассмотрим несколько случаев, являющихся иллюстрациями различных форм чувства малоценности и путей его изживания.

Случаи *4.* История развития Юры О., 11 лет7. Отец — служащий, мать — учащаяся. В наследственности отмечаются туберкулез, психи­ческие заболевания, психопатия, алкоголизм.

Семейная ситуация: в семье кроме родителей бабка, тетка и брат обследуемого, б лет. К Ю. отношение неровное: отец запрещает, мать разрешает, в результате Ю. не знает, кого слушаться. Практикуются наказания. Мать говорит посторонним людям в присутствии Ю. про его брата: «Вот этот у меня умный. Не то что Юра». Брат относится к Ю. пренебрежительно. Когда кто-нибудь обращается к Юре, мать сейчас же вмешивается: «Тебя спрашивают! Говори! Говори!» или: «Не будешь писать — я тебя плеткой!» Юра в таких случаях сразу замолкает.

История развития (по анамнестическим данным): Ю.—по счету вто­рой. Во время беременности Ю. мать голодала. Роды в срок, тяжелые. Вес при рождении — 2800 грамм. Грудь брал хорошо. Зубы начали про­резываться в 5 месяцев. Сидеть начал в 7 месяцев, ходить — в 9 меся­цев. В 10 месяцев перенес менингит. После болезни перестал ходить, и ходьба возобновилась только в 2 года.

До 7 лет был неповоротливым, неуклюжим, вялым. Больше сидел на одном месте. Долго ни на чем сосредоточиться не мог. Упрям (за после­дние 2 года упрямство усилилось). Говорил много и быстро. В окружаю­щем ориентировался плохо, даже простых поручений выполнить не мог.

Случай разработан научным сотрудником К. И. Вересотской.

Любит проводить время с детьми моложе себя. Старшие дразнят Ю., отнимают у него игрушки. В таких случаях Ю. совершенно беспомо­щен, жалуется, плачет, но быстро успокаивается.

С 3 лет начал фантазировать. Особенно болтливым Ю. стал, когда ему исполнилось 7 лет. Фантазии Ю. довольно однообразны: он выставляет себя храбрым, рассказывает, как он расправился со своими недругами (на самом деле не тронул их даже пальцем). В школе рассказывал, что ходил на охоту, убивал волков, в то время как на самом деле сидел дома.

Исследование в клинико-диагностическом отделении дало следую­щие результаты. Рост Ю. по основным измерениям значительно ниже средних возрастных норм. Анемия.

Со стороны нервной системы: небольшой парез facialis'a справа; дермографизм белый, стойкий.

Развитие речи по методу Декедр соответствует 7 годам 4 месяцам.

Умственное развитие по шкале Бине—Термена соответствует 5 го­дам 2 месяцам, IQ = 0,45. По методу Пинтнера и Патерсона, умствен­ный возраст = 5 годам 7 месяцам, IQ — 0,50.

Тест на практический интеллект (по Боген) решает, но по качеству решение стоит на низком уровне.

Развитие памяти: при непосредственном запоминании воспроизвел 8 слов из 15, при запоминании по картинкам (по легкой серии) воспроиз­вел всего лишь 4 слова из 15. Эти результаты и качественный анализ го­ворят о том, что Ю. не овладел операцией осмысленного запоминания.

Во время исследования Ю. рассказывает педологу следующее: «Я рассердился на всех ребят, решил перестрелять, передушить. Кирка М. уехал — я его ведь бил. Я снял валенки с себя, как звездану его по баш­ке — он так и отскочил от меня, так и отлетел, прямо влетел в класс. Он от меня уехал. Я его пихну— он так кверху тормашками и упадет. Он так дрался, что я хотел от него удрать» («Кто же от кого — ты от него или он от тебя?» — спрашивает экспериментатор).

«Он от меня. Как ему из браунинга сюда садану, так и нет Кирки. Я без браунинга жить не могу!» На самом деле, конечно, ничего из рас­сказанного Ю. не было.

В другой раз Ю. говорит следующее: «Всех ребят я отправлю в морг, чтобы они там три месяца лежали, все провоняли и домой их не забра­ли бы. Браунинг будет с курком, пуль будет коробка целая, сабля, вин­товка, пушку мне мама купит и пулемет. Ребята залезут на крышу, так тресну их три раза из пушки по морде, потом из пулемета. Они ку­выркнутся на землю в цемент прямо, все прилипнут, глаза им всем разъест докрасна. Когда останется одна шкурка, с Борей понесем их в кузницу на носилках, там привяжем к столбу, и Ваня возьмет горячий лом, докрасна раскалит, всех их сожжет, одни кости останутся» и т. д.

В тесте на самооценку Ю. во всех ситуациях ставит себя на пер­вом месте: он умнее всех своих товарищей, умнее педагогов, умней папы и мамы.

Ю. не обнаруживает чувства малоценности. Однако, если создать соответствующие условия, переживание малоценности выступает у Ю совершенно явно. Так, во время одного из исследований, когда Ю. рас­сказывает о том, как он будет стоять во главе войска и будет воевать с ребятами, педолог начинает доказывать ему, что он — глупый мальчик, ничего не умеет, ничего не может. Ю. все ниже опускает голову, ниче­го не говорит, собирается идти в группу. Когда педолог говорит Ю., что он глупый мальчик, Ю. утвердительно кивает головой и начинает пла­кать. Сквозь слезы он говорит: «Я никому ничего не делаю, а меня все бьют,\*мне обидно».

Центральный интерес данного случая в своеобразной фор­ме изживания чувства малоценности. Ю. сознает свою малоцен-ность. Однако у него имеет место не чувство малоценности в собственном смысле слова, а скорее чувство обиды. Развитие чувства малоценности у Ю. остановилось на первоначальной сту­пени. Нужны особые условия для того, чтобы переживание малоценности проявилось у Ю. Вместе с тем у Ю. нет чувства малоценности в смысле обобщения.

Кататимная переработка переживаний происходит тут же на месте. Ему самому приходится переносить обиды, а он пере­рабатывает эти обиды таким образом, что он сам терзает, муча­ет других. Его фантазии наполнены картинами войны, стрель­бы, истязаний, причем он сам выступает в качестве действую­щего лица, причиняющего все эти страдания. Ю. прикован к этим садистическим фантазиям: он не может мечтать ни о чем другом, никакие другие игры не доставляют ему удовольствия, как только игры в войну, стрельбу.

В сознании образуются два ряда, не мешающие друг другу жить и не смешивающиеся друг с другом. Ю. хорошо ориенти­руется в реальной действительности, он знает, что Кира М. из­бивает его. Но это нисколько не мешает ему тут же утверждать, что он бьет Киру и что этот последний из^за него ушел из кли­нико-диагностического отделения. Переход от одного ряда к дру­гому не представляет для него затруднений. Для Ю. характерна нечувствительность к противоречию в области логики чувств. Са­моутешение у него непосредственно вытекает из обиды.

У Ю. от раза к разу при наличии определенной ситуации совершаются те процессы, которые обычно скрыты, растянуты на длительные периоды, вынашиваются.

Поскольку кататимная переработка переживаний происхо­дит тут же на месте, у Ю. нет постепенного накопления неудач, нет компенсаторного образования черт характера на основе чув­ства малоценности.

Следующая история развития покажет нам возникновение | довольно сложной надстройки над чувством малоценности и свое­образное формирование характера, стержнем которого являют­ся повышенная самооценка, иллюзии силы и власти над други­ми людьми.

*Случай 5.* История развития Н. П., 13 лет 2 месяцев. Отец Н.— служащий, мать — домохозяйка. В наследственности Н. I отмечается значительное алкогольное отягощение и наличие нервных, | психически неустойчивых, неполноценных субъектов.

История развития (по анамнестическим данным) и семейная ситуа­ция. Н.—шестой по счету. Родился здоровым, упитанным, крупным, | грудь брал хорошо. Зубы прорезались в 6 месяцев. Говорить начал около года, ходить — после года. До 3 лет родители отсталости не замечали. IВ возрасте около 3 лет Н. перенес тиф. После болезни перестал ходить, | не ходил около 1V2 лет.

Н. был чрезмерно подвижным. В умственном отношении был крайне I недоразвит, в окружающем ориентировался плохо, даже в возрасте 8—9 |лет. Был очень пуглив, боялся выходить один, даже за пределы комнаты.

После 10 лет мать Н. отмечает значительные улучшения как в его | поведении, так и в умственном развитии.

Семья была плохо обеспечена материально. Нужда усугублялась I тем, что отец Н. сильно пил. Кроме плохих материальных условий нужда создавала в семье нервную, напряженную обстановку. К этому време­ни три старшие сестры Н.— уже взрослые девушки. Им хочется одеть­ся, повеселиться, провести время с молодыми людьми. Ограниченность | средств и стесненные жилищные условия (одна комната, в которой жи-| вут 8 человек) мешают им. А тут еще Н. с его недержанием мочи, с приставаниями, с глупыми разговорами. Сами нервные, раздражи-j тельные, сестры нередко под горячую руку срывают на нем злобу, ру­гают и бьют. Отец также бил Н.

Сверстники, с которыми Н. встречался на улице, дразнили его, пу­гали милицией. Н. очень боялся, весь трясся.

В 8 лет Н. поступил в нормальную школу, продержался там 2 меся­ца и был исключен. В 9 лет поступил во вспомогательную школу, про­был там полгода и также был исключен.

Исследование в клинико-диагностическом отделении дало следую­щие результаты. Рост Н. по основным измерениям соответствует воз­расту (за исключением окружности головы, которая отстает больше чем на I1/ сигмы). Половое развитие: мошонка опущена, правая половина выше левой. Волос на лобке и под мышками нет.

Со стороны нервной системы: небольшая асимметрия facialis'a; ни­стагм; повышение сухожильных рефлексов и их неравномерность.

Развитие психомоторики: по шкале Озерецкого моторный возраст Н. равен 4 годам 7 месяцам. Следовательно, его моторное развитие мо­жет быть определено как глубокая степень моторной отсталости.

11Л-14О5

Речь Н. со стороны артикуляционной вполне правильна. Со сторо­ны грамматической и синтаксической речь Н. также в основном сло­жилась. Запас слов относительно богат. Н. не затрудняется в ответе на любой поставленный ему вопрос — «за словом в карман не полезет». Н. говорит много и любит говорить.

Умственное развитие Н. по шкале Бине—Термена соответствует 7 годам 3 месяцам, Ю = 0,55. По методу Кооса умственный возраст ра­вен 8 годам. По методу Пинтнера—Патерсона умственный возраст ра­вен 8 годам 9 месяцам, IQ = 0,66.

Установление различий не всегда удается Н., даже в конкретных за­даниях. Разложить картинки в определенном порядке так, чтобы .полу­чился связный рассказ, Н. не мог. Другие исследования также показа­ли, что развитие словесно-логического мышления Н. стоит на очень низ­ком уровне.

Исследование высших функций памяти показало, что Н. ни в ма­лейшей степени не овладел операцией осмысленного запоминания и при­поминания.

Во времени ориентируется очень плохо. Так, на вопрос: «Сколько времени ты обедаешь?» Н. отвечает: «2 или 3 часа». В году, по его мне­нию, 6 месяцев. Последовательность месяцев следующая: октябрь, но­ябрь, сентябрь, май.

Вместе с тем развитие практического интеллекта Н. стоит на относительно высоком уровне. Тест на практический интеллект (по Бо-ген) Н. решает в три минуты с чрезвычайной легкостью, причем сразу берет наиболее подходящее орудие и действует им вполне целесообраз­но. Из 10 задач на сметливость (из «профиля» Россолимо) Н. решает 9 задач, причем делает это очень быстро.

Н. болезненно переживает свою недостаточность. Он стыдится сво­его enuresis'a, боится насмешек. Так, когда мать хочет вынести матрац Н, на улицу, чтобы просушить его, Н. просит мать: «Сенник не надо нести на улицу, мальчики будут смеяться». Н. дорожит мнением дру­гих. Ему не хочется, чтобы его считали глупым, отсталым, не таким, как все. Когда пришедший к отцу Н. приятель спросил, как его успехи в учении, Н. ответил: «Я учусь в III группе». «Что проходишь?»— «Все учу — арифметику, чтение, что нужно, то и учу» {на самом деле Н. был исключен из 1 класса вспомогательной школы и после этого нигде не учился). После ухода знакомого Н. говорит матери: «Ну, что я ска­жу, чтобы надо мной смеялись!»

Внешне Н. в высшей степени самоуверен. Повышенная самооценка его ярка, безудержна. При решении тестов он постоянно приговарива­ет: «Вот докажу, что сделаю! Я знаю! Я такой парень неглупый, разви­той!», «Ничего мальчик сделал! Здорово!» (на самом деле ни одной задачи не решает). И в разговоре, и на прямой вопрос, и в опыте по де-Греефу Н. ставит себя не только выше своих сверстников, которые значительно превосходят его по умственному развитию, но и выше пе­дагогов.

ЗОЙ

Отношения с детским коллективом у Н, не ладятся. Ребята смеют­ся над Н., дразнят его, не принимают в общую игру. Н. и сам не прочь задеть других детей, показать свое превосходство над ними, а иногда и презрение к ним. Так, когда один из ребят затруднялся написать на дос­ке заданное слово, Н. презрительно бросил по его адресу: «О башка! У тебя мозги есть или нет?!» Н. Не прочь разыграть роль шута, подура­читься, покривляться. Ему нравится, когда в результате его кривляний и выходок ребята смеются.

В конфликте с товарищами Н. обнаруживает свою беспомощность и трусость. Точно так же он держит себя и в отношении к своим до­машним.

Диагноз: олигофрения (имбецильность легкой степени).

В формировании характера Н. достаточно ясно проявилась компенсация. Из предыдущего изложения мы видели, что Н. рос забитым ребенком. Дома Н. ругали и били. Товарищи смеялись над ним, били и ругали его. В дошкольном возрасте Н. реагиро­вал на это очень элементарно: плакал, убегал, прятался, и этим дело ограничивалось. Но по мере развития личности Н. начинает осознавать и мучительно переживать свою недостаточность. Кроме того, теперь, в школьном возрасте, возникают новые затруднения во взаимодействии Н. с окружающей средой. Школьное обучение выдвигает требования в области высших психологических функ­ций, а здесь Н. особенно несостоятелен. Н. терпит неудачи сна­чала в нормальной, а потом во вспомогательной школе.

Время идет, Н. растет (по росту он соответствует своему пас­портному возрасту), но он до сих пор еще не учится в школе, в то время как дети его возраста, он знает это, уже кончают шко­лу I ступени. Это несоответствие становится новым источником неприятных переживаний. Он не хочет, чтобы посторонние уз­нали о том, что он не учится в школе (см. разговор с приятелем его отца).

В результате чувства малоценности, которое осознается Н., в результате того, что неприятные переживания накапливаются и должны быть как-то переработаны, на основе чувства мало­ценности возникают вторичные образования, характер Н. фор­мируется в определенном направлении. У Н. развиваются по­вышенная самооценка, иллюзии силы, власти над другими людь­ми. Проблема самооценки у умственно отсталых детей нуждается в правильном теоретическом истолковании. Для того чтобы по­дойти к этому, надо рассмотреть те теории, какие были выдви­нуты в литературе. Вопросу о развитии личности и о самооцен­ке умственно отсталых посвящена специальная работа француз­ского исследователя де-Греефа (Е. de-Qreeff). Де-Грееф провел

исследование 50 умственно отсталых в возрасте от 10 до 20 лет, с интеллектуальным возрастом от 7 до 10 лет, и нескольких нор­мальных детей. Исследование было проведено путем наблюде­ний за поведением умственно отсталых, а также с помощью спе­циального теста. Тест этот заключается в следующем: на лис­точке бумаги экспериментатор чертит три кружка, из которых один обозначает ближайшего товарища обследуемого, другой — самого обследуемого, третий — воспитателя (возможны также и другие комбинации). Затем обследуемому дают карандаш и про­сят его пририсовать самую длинную черту тому, кто самьгй ум­ный из троих, покороче — тому, у кого меньше ума, и самую короткую — тому, кто самый глупый.

Оказалось, что умственно отсталые почти всегда на первом месте по уму ставили самих себя, на втором месте своих това­рищей и на третьем месте воспитателей. Таким образом, совер­шенно ясно обнаружилась повышенная самооценка умственно отсталых. Де-Грееф объясняет наличие повышенной самооцен­ки у умственно отсталых тем, что они не понимают, не осозна­ют своей недостаточности. «Взятый сам по себе дебил не чув­ствует себя лишенным чего-либо, и его видимая ненормальность реализуется в его представлении как равновесие», — говорит де-Грееф.

Дебил плохо осознает свою личность, и в этом кроется источ­ник непонимания других. Чем больше степень отсталости, тем менее отсталый может понять и оценить нормального. Макси­мум интеллекта и других качеств помещается для него не там, где он существует на самом деле, а только там, где его интел­лект функционирует. «Для имбецила гений должен был бы на­ходиться в границах дебильности»,— говорит де-Грееф. Поэто­му глупое кажется ему умным, а умное — глупым.

Когда дебилу приходится оценивать других, он дает более высокую оценку тому, чей интеллект более близок ему, более доступен для его понимания. Так, когда нужно было сказать, кто самый умный — товарищ, дядька или доктор, дебилы ставили на первом месте по уму своего товарища, на втором дядьку и на третьем доктора. Де-Грееф называет своих испытуемых де­билами. Однако, судя по соотношению паспортного и умствен­ного возраста, какое приводит де-Грееф, можно думать, что в числе его испытуемых были как дебилы, так и имбецилы.

Де-Грееф правильно отметил факт повышенной самооценки у умственно отсталых. Имеет основание также утверждение де-Греефа о том, что умственно отсталый недостаточно ясно и диф-

ЭП8

ференцированно осознает свою личность, а поэтому не может проникнуть во внутренний мир других людей. Однако тезис о том, что основой повышенной самооценки умственно отсталых является то, что он не может понять умного, не может понять превосходства других по уму, представляется нам неправиль­ным. Равным образом неверно утверждение, будто умственно от­сталый не осознает своей неполноценности. Проблема повышен­ной самооценки умственно отсталых разрешается де-Греефом крайне элементарно; умственно отсталый высоко расценивает себя, так как он не может понять, что другие умны. Если исхо­дить из концепции де-Греефа, прежде всего нельзя объяснить, почему умственно отсталый ставит на первом месте себя. Ведь если умственно отсталому недоступен для понимания интеллект дядьки или врача, то интеллект его товарища близок и вполне доступен для его понимания. Даже наоборот — ведь для имбе­цила дебил представляется гением. Поэтому, если исходить из толкования де-Греефа, имбецил должен был бы на первое место поставить своего товарища — дебила, а на второе место — себя. На деле же получается наоборот! Явление повышенной само­оценки у умственно отсталых гораздо сложнее, чем представ­лял себе де-Грееф. Мы прекрасно видим это на анализе само­оценки Н. Последний хорошо разбирается в том, кто умнее и кто глупее, если он сам *исключен* из числа сравниваемых. Так, Н. располагает по уму в ранговом порядке, вполне соответству­ющем действительности, нескольких детей из клинико-диагнос­тического отделения. Равным образом Н. правильно оценивает умные и глупые поступки. Повышенная самооценка Н. возника­ет другим и гораздо более сложным путем, чем представлял себе де-Грееф. Корни повышенной самооценки Н. в аффективности. Она возникает в развитии как вторичное компенсаторное обра­зование на основе чувства малоценности. Почему же повышен­ная самооценка у Н. приняла такие своеобразные формы? Ведь У Н. она целиком вынесена наружу. Он, нисколько не смуща­ясь, заявляет о том, что он умнее педагога, и пользуется каж­дым удобным случаем, чтобы подчеркнуть свое превосходство. Современные исследования показали, что у нормальных взрос­лых и подростков самооценка представляет собой чрезвычайно сложное явление. Отрицательная самооценка, часто с более или менее осознаваемым намерением самозащиты против оценки Других, перекрывается положительной самооценкой. Последняя, часто вовне, а иногда также и внутри личности, опять-таки пе­рекрывается отрицательной самооценкой.

Самооценка нередко совершается в сфере бессознательного и обнаруживается в симптомах, смысл которых неясен для са­мого субъекта. В. Вольф (W. Wolff) демонстрировал своим испы­туемым их собственный голос, записанный на фонографе, и фо­тографию кисти руки среди записей и фотографий, относящих­ся к другим людям. Оказалось, что большинство испытуемых не узнавали своего голоса и своей руки. Вместе с тем оценка сво­его собственного голоса и руки резко выделялась из оценок го­лосов и рук, принадлежащих другим людям,— она была или подчеркнуто положительной, или резко отрицательной, в© вся­ком случае — явно аффективно окрашенной. Таким образом, то, что оценка не осознавалась как самооценка, служило прикры­тием и давало возможность оценить себя особенно хорошо или резко отрицательно.

У Н. мы находим своеобразные отношения между сознани­ем и бессознательным, и это проливает свет на некоторые образования в характере Н. и, в частности, объясняет обнажен­ность его повышенной самооценки. Мы знаем, что желания, осу­ществление которых стоит в противоречии с установившимися в сознании этическими представлениями и эмоциями, вытесня­ются в область бессознательного. То, что нормальный подрос­ток таил бы про себя, что оказалось бы у него вытесненным, Н. сознает с большой легкостью и открыто высказывает при всех. В этом отношении характерными являются сновидения Н. Он следующим образом передает один из своих снов: «Мой отец лежал на кровати. Какой-то дядька перелез через забор, взял топор, подошел к отцу и его искалечил».

То, что у нормального подростка подверглось бы обработке при посредстве сложной символики, механизмов сгущения и сдвига, прежде чем быть допущенным в сознание, то у Н. пря­молинейно и открыто проникает в сознание.

Сознание и бессознательное недостаточно дифференцированы у Н., между ними нет четкой границы. Это объясняет нам обна­женность повышенной самооценки Н.

Смещение границ между сознанием и бессознательным определяется своеобразием сознания умственно отсталого ребен­ка, поскольку бессознательное у ребенка развивается в меру раз­вития сознания.

В структуре личности Н. большое место и, пожалуй, одно из центральных мест принадлежит аутистическому мышлению. В противоположность причинно-логическому мышлению, имеющему своим предметом познание реальной действительности, аутис-тическое мышление направлено на осуществление желаний.

Аффект приводит к кататимной переработке действительно­сти, т. е. к ее переработке соответственно желаниям субъекта. Тем самым действительность искажается и предстает в резко видоизмененных формах, в фантазиях, мечтах.

Аутистическое мышление, аутистическое осуществление же­ланий со всей резкостью выступают у Н. Так, например, о сво­ем отце, которого на самом деле Н. очень боится и с которым не смеет вступать в пререкания, Н. рассказывает: «Когда он меня наказывал, так я его боялся. Теперь, когда я его наказы­ваю, он меня боится. Когда я был маленький, он меня наказы­вал, а теперь я старше его, я его наказываю. Поругаю его, он меня и боится».

В ответ на отказ выпустить его из отделения ранее срока Н. разражается угрозами: «Я залезу в подвал, возьму соломы, ке­росину, зажгу солому, и весь дом сгорит!» Или: «Я напишу в стенную газету, и вас разгонят как миленьких!»

Н. весь полон этими фантазиями, иллюзиями своего превос­ходства над другими, иллюзиями силы и власти над людьми. Фор­мирование характера Н. пошло по пути фиктивной компенса­ции: он создал себе оторванный от реальной действительности мир фантазий, иллюзий и живет в этом мире. Он как бы весь закован в эту броню.

Эта линия образования характера определяет все дальней­шее развитие Н. Речь Н., сама по себе стоящая на довольно высоком уровне развития, в значительной части связана с аути-стическим мышлением, выполняет функции самовозвеличения, создания иллюзии силы, власти над другими людьми. Все его мысли, эмоции тяготеют к этому центру притяжения. В резуль­тате крайнее обеднение развития. Можно предположить, что очень значительная отсталость словесно-логического мышления Н. содержит компонент вторичного недоразвития, поскольку ка-татимное мышление уводит Н. от реальной действительности, а речь поставлена на службу аутистического осуществления же­ланий.

Броня, в которую закован Н., мешает его продвижению и преодолению его дефектов. Н. мнит себя человеком, который все умеет, все знает. У него нет никакого внутреннего побуждения к занятиям. Даже наоборот, Н. старается избавиться от них. Так, во время занятий по ритмике Н. или совсем не выполняет тре­буемого, или не делает полных движений. Он-де уже большой, и ему не пристало заниматься такими пустяками.

**P. E. Левина**

**АВТОНОМНАЯ РЕЧЬ В НОРМАЛЬНОМ**

**И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ РЕБЕНКА1**

Цель этой главы — выявить черты сходства и разли­чия автономной детской речи, которая имеет место при всяком нормальном развитии между одним и двумя годами жизни, и автономной речью, возникающей на почве дефекта при цент­ральном нарушении. Ввиду того что данное исследование про­водилось на материале детей, обладающих последней формой автономной речи, такое сопоставление представляется нам не­обходимым. Оно поможет нам более точно оценить, какие из най­денных нами закономерностей могут рассматриваться как об­щие законы речевого развития и что должно быть отнесено за счет патологичности процесса. А в этом последнем случае мы не можем не интересоваться выводами, относящимися к пони­манию природы самой патологии речи как таковой.

Мы не будем вдаваться здесь в специальный анализ автоном­ной речи в раннем возрасте. Здесь мы попытаемся лишь изло­жить результаты сопоставления той и другой формы автоном­ной речи, как они наметились при сравнительном анализе.

Начнем с указания моментов, характеризующих сходство обе­их форм речи. Первое, что представляется одинаково бесспор­ным в том и другом случае,— это факт автономности. И это определяет основное: в обоих случаях перед нами своеобразное звучание, своеобразное грамматическое и синтаксическое пост­роение, своеобразные значения слов с типичным для автоном­ной речи феноменом многозначности. Короче, в том и другом случае — это речь, построенная не по общим законам, а по своим собственным.

Вторая черта, роднящая ту и другую автономную речь, заклю­чается в ограниченных возможностях общения с ее помощью. Об­щение с помощью речи в том и другом случае осуществляется только с людьми, очень близко соприкасающимися с ребенком. Эта особенность, вытекающая из ситуативной природы автоном­ной речи, в обоих случаях приводит к тому, что понимание ее возможно лишь через переводчика, который восстанавливает «ис­торию» каждого слова, как бы раскрывает его шифр.

1 *Левина Р. Е.* К психологии детской речи в патологических случаях. М. 1936, стр. 59—67.

Третий момент, устанавливающий психологическое родство этих двух форм автономной речи, заключается в промежуточ­ном характере ее по сравнению с доречевым и чисторечевым периодами общения. В обоих случаях это период, который ле­жит на пути развития ребенка, прежде чем он овладевает нор­мальной речью. Эти черты в сущности исчерпывают главное в психологической характеристике феномена автономной речи, и, как видим, они в одинаковой мере присущи той и другой ее форме.

Однако мы не можем ограничиться указанием на одно только сходство, несмотря на то что оно является преобладающим. Не в меньшей, а может быть, в большей степени нас должно здесь интересовать то, что *отличает* автономную речь в патологичес­ких случаях от автономной речи, протекающей в нормальном развитии. В общем виде мы могли бы сформулировать основное своеобразие автономной речи у наших испытуемых как своеоб­разие, обусловленное фактом включения в *иную структуру лич­ности.* Отсюда все особенности автономной речи, выступающей здесь как симптом дефекта в отличие от нормы, где она возни­кает как атрибут развития.

Попытаемся конкретизировать сказанное на тех же чертах автономной речи, на которых выявилось их сходство. Начнем с первого. Не подлежит сомнению, что звуковой состав автоном­ной речи создает почти идентичную внешнюю картину сходством своеобразной фонетики. Различие здесь может быть установле­но только при более тонком исследовании. Оно обнаруживает себя в большей сложности звучания слов в некоторых наших случаях, в более четкой артикуляции звуков; это возможно бла­годаря большей произвольности мускулатуры моторного аппа­рата, благодаря более развитым процессам подражания и т. п. Как видим, эти различия в данном пункте не касаются принци­пиальной его стороны.

Гораздо больше отличительных черт мы находим в запасе слов наших испытуемых, который значительно превосходит сло­варь нормального ребенка с автономной речью. Если там за­пись всех слов (10—12 слов), которыми владеет ребенок, не пред­ставляет никаких затруднений, то здесь записать весь словарь ребенка-«автономика» в некоторых случаях почти не представ­ляется возможным.

Это находится в прямой связи с иной ступенью в развитии прочих психологических функций в данном возрасте. К 6—7 го­дам мы имеем дело с совершенно другими возможностями

313

запоминания, восприятия и т. д. Эти функции при том уровне развития межфункциональных связей, на котором стоит ребе­нок с автономной речью, представляются в дошкольном возрас­те более зрелыми, чем у ребенка 1'/. лет.

Благодаря этому значительно расширяются возможности ре-бенка-«автономика» внутри самой автономной речи. В рамках той же ситуационности становится возможным большее насы­щение слова образами, становится возможным более богатый состав речи. Припомним речь сына Штумпфа, слово которого, оставаясь в полной мере ситуационным, обладало, однако, дву-мя-тремя звеньями, восстанавливающими сразу *несколько эле­ментов* ситуации. Припомним называние картинок Сашей С, при котором он изображал целую картину, встававшую в его памяти. Все это, разумеется, недоступно ребенку 1—2 лет. Си­туационное значение, его слова гораздо более бледно, мало на­сыщено выразительностью и очень беспомощно.

По той же причине дети с автономной речью в 6—7 лет обладают более богатым синтаксисом, который продолжает ос­таваться в сфере той же психологической сущности автоном­ной речи, но обнаруживает при этом ряд своеобразных форм, возникающих благодаря компенсаторно-творческому развитию.

Вторая общая особенность — *ограниченность общения* с по­мощью автономной речи в том и другом случае—заключает в себе, однако, и некоторые черты различия: и та и другая тре­буют переводчика, но у старших детей на помощь приходит бо­лее развитая мимика, благодаря которой возникает возможность лучше и полнее воссоздавать, дорисовывать ту зрительную си­туацию, которую ребенок отражает в слове. Но и это, мы долж­ны подчеркнуть, принципиальной разницы между обеими фор­мами не создает.

Главные черты различия лежат в третьем моменте. Именно в том, какое место автономная речь занимает в развитии ребен­ка здесь и там, в ее судьбе. Попытаемся в этом разобраться подробнее.

Мы уже говорили о том, что в обоих случаях автономная речь возникает обычно на фоне полного отсутствия речи и ис­чезает с переходом к речи нормальной. Что касается периода, предшествующего появлению автономной речи, то в нормаль­ных случаях он измеряется И —12 первыми месяцами жизни. В патологических же случаях он протекает сложнее: иногда этот период просто измеряется большим промежутком времени; ав­тономная речь может возникнуть на 3-м, 4-м году жизни, иног­да она возникает после полной потери речи в результате мозго-

вого заболевания. Период, протекающий в условиях либо рече­вого недоразвития, либо речевого нарушения, предшествующий появлению автономной речи, создает и общую задержку в раз­витии сознания ребенка, в его личности. И несмотря на то что мы встречаем здесь более развернутые формы доречевых спо­собов общения {естественные для большего доречевого стажа) — указательный жест, мимику, драматизацию и т. п., они достига­ют лишь такого развития, *которое позволяет* возникнуть только автономной речи. Возникает и сохраняется автономная речь толь­ко благодаря тому, что она как нельзя лучше соответствует не­развитому мышлению такого ребенка. Это тоже относится к мо­ментам, психологически роднящим ребенка раннего возраста с ребенком с нарушением речи, стоящим на пороге автономной речи.

Совершенно другое мы должны сказать, переходя к осве­щению момента перехода к нормальной речи. При этом высту­пают совершенно особые факторы, обусловливающие тенденции речевого развития и судьбу автономной речи в патологических случаях.

Как в норме, так и в патологии происходит переход автоном­ной речи в нормальную. Но огромная разница заключена в пути, по которому происходит этот переход, в той направленности и тенденциях, которые выявляет автономная речь в обоих случаях.

В норме у ребенка 1—2 лет, стоящего на ступени автоном­ной речи, переход к нормальной речи составляет естествен­ную тенденцию речевого развития, возникающую из процесса взаимодействия с речью окружающих. Переход к нормальной речи происходит бессознательно и выражается в том, что вме­сте с развитием автономной речи (как и во всяком нормаль­ном развитии) нарастает и отрицание ее, возникает перера­ботка автономной речи в нормальную (пример: слово «у», обо­значающее автомобиль, к 2 годам во множественном числе меняет свою форму, приближаясь к взрослой речи,— «уи», «нака» — хороший, во множественном числе — «наки».) Значе­ния слов при этом идут впереди фазической стороны. Появле­ние новой формы слова знаменует здесь созревание и нового понятия.

Далее, ребенок 1—2 лет не осознает неполноценности свое­го общения при помощи автономной речи. Он предполагает, что понятное ему должно быть понятно всем. К тому же среда предъявляет к такому ребенку требования, не превосходящие его возможностей, и, следовательно,-не возникает даже почвы для сознания неполноценности своей речи.

315

Не то у ребенка, автономная речь которого возникает на по­чве дефекта. Как и во всяком развитии, протекающем при на­личии дефекта, путь к нормальной речи в наших случаях идет сверху через осознание, и это составляет основное отличие пато­логической автономной речи от нормальной. Разумеется, некото­рые процессы развития и здесь идут снизу вверх (это отличает наши случаи от случаев нарушений у взрослых), но они дви­жутся тоже с помощью высших механизмов.

Ребенок-«автономик» приходит к отрицанию автономной речи сверху и приобщается к нормальной речи с помощью сознатель­ного выбора и специального конструирования взрослых слов.

«Динь-динь, тьфу — трамвай»,— говорит один из них, впол­не сознательно замещая автономное «динь-динь» нашим словом «трамвай».

«Каселят, нет — шоколад»,— говорит другой, долго шепча сло­во «шоколад» перед тем, как произнести его.

*Произнесением* этих слов ребенок тоже овладевает с боль­шими усилиями, чисто произвольно пользуясь вспомогательны­ми логопедическими приемами. Поэтому овладение словом еще не означает овладения понятием.

Основной двигатель речевого развития в норме, а именно общение, взаимодействие с окружающей речью здесь в силу де­фекта нарушен. Отсюда измененными оказываются и законы развития.

Наш ребенок не может не осознавать неполноценности сво­его общения, которое становится главным импульсом его рече­вого развития. Среда предъявляет к нему уже совершенно иные, соответствующие 7—8-летнему возрасту требования.

Приведем отрывки из педагогической характеристики Л. П. Го-лубевой, относящейся к одному из наших детей:

«Своего дефекта — отсутствия речи — он как бы не замеча­ет в обычной обстановке, среди своих. Он все время разговари­вает, рассказывает. Но если что не понимаешь у него или дела­ешь вид, что не понимаешь, он начинает сердиться, вспыхива­ет, лицо краснеет, губы надуваются, он машет рукой — "ну не",— и еще что-то сердито бормочет. При посторонних же момен­тально свертывается, замыкается, голос у него становится очень тихий, оживление, столь ему свойственное, пропадает, и добиться от него чего-либо очень трудно, в особенности речевых реак­ций».

«Шура обидчив. Если его обойдешь, или ему что не дашь, или не выполнишь требования — отворачивается, надувает губы,

лепечет, причем голос становится грубым, а иногда даже пла­чет, но переключить большей частью можно довольно быстро».

«У него очень большой интерес к речи. С большим стара­нием проделывает горловые и артикуляционные упражнения, ои сам подходит и спрашивает, как тот или другой предмет назы­вается, с большим вниманием тогда смотрит на рот и повторяет за мной несколько раз подряд, добиваясь правильности. И как бы много этих повторений ни было, он не отказывается от них».

Данные слова, которые он уже может отраженно и затем один произнести, он повторяет и требует тогда подкрепления. Но, будучи ущемленным неполноценностью общения, «автоно­мик» не *понимает сути его,* не понимает, что между ними и окружающими стоит различное значение слова.

Наше слово он строит сознательно, стараясь воссоздать его звучание. За таким словом, разумеется, может не стоять движе­ние к соответствующему понятию. Значение такого слова мо­жет лишь постепенно перерастать в понятие.

Путь овладения нормальной речью не совпадает здесь с тен­денциями патологического развития. Последнее стремится идти по пути компенсаторного развития. В наших случаях — это путь развития автономной речи внутри себя. Соответствуя возмож­ностям мышления «автономика», она осуществляет все заложен­ные в ней возможности, творчески исчерпывая себя.

Итак, основное отличие автономной речи, возникающей на почве речевого дефекта центрального происхождения, заключа­ется в том, что она включена в личность, функционирующую по совершенно другим законам. Охватывая период в несколько лет, автономная речь в патологии раскрывается перед нами как свое­образный путь компенсации, при которой развернутыми оказыва­ются все возможности, лежащие в природе автономной речи.

Мы должны учесть то весьма важное обстоятельство, что процесс овладения нормальной речью идет в этом случае со­вершенно по-иному, чем в норме. Поэтому закономерности раз­вития речи ребенка-«автономика» не могут помочь нам устано­вить законы развития, которые мы наблюдаем в норме. Однако все то, что говорилось о развитии автономной речи как о *есте­ственной* в патологии тенденции, создает, нам кажется, исклю­чительные условия для изучения природы автономной речи. «Па­тология есть ключ к изучению нормы». Углубляясь в генез яв­ления, мы получаем исключительный по яркости и убедительности материал.

317

**ЛИЧНОСТЬ РЕБЕНКА С АВТОНОМНОЙ РЕЧЬЮ**

Наш анализ был бы неполным, если бы в нем не была сделана попытка подойти к пониманию *личности* ребенка, сто­ящего на уровне автономной речи. От понимания закономерно­стей, которым подчинено значение слова ребенка, перейти к ана­лизу его сознания, личности, поведения — это задача величай­шей сложности. Она может служить маяком для многих и многих длительных, углубленных исследований.

Здесь мы имеем з виду наметить лишь самые общие и еще, разумеется, малосовершенные подступы к ней. Они основаны на том,в что за данным способом обобщения, выраженным в сло­ве, можно *найти стоящий за ним способ видеть, воспринимать действительность.*

«Сознание отображает себя в слове, как солнце в малой кап­ле воды. Слово относится к сознанию, как малый мир к боль­шому, как живая клетка к организму, как атом к космосу. Оно и есть малый мир сознания. Осмысленное слово есть микрокосм человеческого сознания». Это положение, принадлежащее проф. Л. С. Выготскому, должно служить отправным в такого рода по­пытке подойти к конкретному анализу построения сознания на разных ступенях развития.

«Сознание человека есть обобщенный способ отражения дей­ствительности». Но для разных уровней обобщающей действи­тельности существует и *различный способ* отражения этой дейст­вительности. Две группы фактов должны помочь нам разобраться в том, как строится деятельность сознания в исследованных нами случаях.

Первая группа фактов имеет в виду данные, относящиеся к анализу слова в автономной детской речи, к скрывающимся за ней обобщениям. Исходя из всего сказанного, мы не можем не придавать им первостепенной важности в поставленной перед нами задаче, пользуясь определением проф. Л. С. Выготского «структура слова есть клеточка сознания, элемент, из которого сознание складывается».

Что мы можем сказать на основе известных нам данных о структуре «автономного» слова? В предыдущем изложении мы показали, что значения «автономных» детских слов знаменуют первичную дифференциацию сознания ребенка. Эти значения только наглядные, только о предметах, находящихся перед гла­зами. Мы видели далее, что в «автономном» детском слове зак­лючено обобщение первичного типа, которое опирается, имеет своей основой обобщенное восприятие, деятельность которого

возможна *здесь только в сфере наглядной.* В отличие от указа­тельного жеста, относящегося к любому предмету, в слове авто­номной речи скрыто обобщенное восприятие предмета в его со­отношении, в его связи с другими предметами. Всякое значе­ние, обобщение характеризуется тем, что оно относится к группе предметов. *То, каким образом, по какому принципу* они объеди­няются в группы, составляет отличительное своеобразие каждо­го уровня в развитии обобщений.

В данном случае перед нами связь чисто зрительная, ситуаци­онная. Мы полагаем, что в этом заключается исходная нить для понимания смыслового строения сознания ребенка, для пони­мания того, как в сознании ребенка с автономной речью обоб­щена окружающая действительность.

Другая группа фактов, теснейшим образом связанная с пер­вой, со всей ясностью указывает на *доминирование одной* опре­деленной *функции* в деятельности сознания ребенка, пользую­щегося автономной речью. Было бы излишне останавливаться здесь на всей несостоятельности принципа изучения психологи­ческих функций как изолированных друг от друга деятельностей.

Работы проф. Л. С. Выготского показали, что развитие дея­тельности той или иной функции неразрывно слито с деятель­ностью других функций, в частности с мышлением, лежащим в основе обобщающей деятельности сознания. Эта связь динамична, и на разных этапах развития и функционирования системное строение сознания предполагает различные принципы своего построения.

Все сказанное выше об обобщающей деятельности детей с автономной речью свидетельствует о подчиненном положении ее по отношению к основной, главенствующей здесь функции — функции восприятия. В самом деле, мы видели, что именно эта функция окрашивает возможности обобщенно отображать дей­ствительность, именно она определяет деятельность всего со­знания. Мы видели, что мышление вне сферы наглядного ста­новится невозможным. Мышление здесь призвано лишь *отра­жать* наглядные связи, существующие между вещами. В сфере отвлеченных, не наглядных связей и отношений оно не функци­онирует. Наиболее выразительными с этой стороны фактами яв­ляются: 1) факт отсутствия мер общности; 2) аффективный ха­рактер восприятия и 3) отсутствие константности восприятия.

Если первый факт прямо указывает на то, что мысленные связи, отвлечение не от предметов, а от собственных мыслей не существует здесь, то второй и третий указывают на недостаточ­ное сращение функции восприятия с функцией мышления. При

**319**

анализе опытов с классификациями мы указывали, что аффек­тивная насыщенность деятельности восприятия (не столько де­ятельность функции, сколько *потребность)* составляет обратную сторону недостаточности и несамостоятельности функции мыш­ления. Точно так же и отсутствие константности восприятия с полной подчиненностью чистому впечатлению является следстви­ем недостаточной мыслительной переработки акта восприятия.

Сравнивая этот уровень развития сознания с более высоки­ми, мы видим путь, который проделывает развитие строения со­знания от господства восприятия низшего типа к доминирова­нию функции мышления, подчиняющей и перестраивающей в новой системе функции восприятия. Тенденция развития созна­ния имеет направленность через развитие обобщающей деятель­ности освободиться от непосредственных связей. На уровне ав­тономной речи деятельность сознания ребенка как раз полнос­тью им подчинена.

Как же реально осуществляется деятельность сознания ре-бенка-«автономика»? Для того чтобы ответить на этот вопрос, мы наблюдали все поведение ребенка, как оно есть в действи­тельности, и основные черты его пытались осмыслить с точки зрения изложенных соображений, которые проверялись дальней­шим наблюдением и экспериментами (см. приложение}. В про­цессе изучения значений автономных слов перед нами раскры­валась картина окружающего мира, как он воспринимается ре­бенком. В одном и том же процессе исследования этих обобщений перед нами раскрывался, как обратная сторона их, мир восприя­тий «автономика», мир отрывочных диффузных островков смыс­ла, непостоянных, текучих. Мы увидели, что восприятие внешней действительности исчерпывается внешними связями явлений, ли­шенными попыток включить их в категориально-обобщенное пред­ставление. Внешний мир при этом не имеет постоянной карти­ны: акты восприятия и осмысления воспринимаемого почти не связаны. Внешний мир в отличие от взрослого восприятия не структурируется по закону фигуры и фона.

Разумеется, при этом необычайно велика связанность зритель­ным полем, которая всецело определяет основные черты *пове­дения* «автономика», всю его деятельность. Свобода от зритель­ной ситуации возникает и развивается вместе с развитием смы­слового восприятия. Здесь мы имеем поведение, в полной мере подчиненное впечатлениям, мотивы деятельности всецело даны ситуацией. Поведение ребенка-кавтономика» лабильно, импуль­сивно, определено субъективными связями, устанавливаемыми в окружающем.

Это одна сторона личности, обращенная *вовне.* Подходя к анализу внутреннего мира ребенка-«автономика», мы раньше всего должны ответить на вопрос, на каком уровне стоят его возможности восприятия *своих собственных психических про­цессов.* Назвать свои собственные процессы, как говорит проф. Л. С. Выготский,— значит уже как-то выделить их и сделать пер­вый шаг к умению отдать себе отчет в своей же собственной психической деятельности. Ближайшим следствием такой ин­троспекции является *овладение* своими внутренними процесса­ми, возникновение *внутренней активности.*

В автономной речи с ее непостоянством значений, ситуаци­онной связанностью внешним, *наглядным* такое называние сво­их переживаний ничтожно. Вот почему ребенок-«автономию» весь во *власти* своего переживания. Он не владеет своим внутрен­ним миром. Если во внешнем мире он связан ситуацией, то здесь он подчинен своим переживаниям, которые не выделяются, не осмысляются им как таковые.

Разумеется, внутренняя активность при этом сведена к нулю. Своими психологическими операциями ребенок не владеет совер­шенно. Все подчинено аффекту. Вот почему психическая деятель­ность нашего ребенка полноценнее тогда, когда она движется аффектом, и свертывается там, где требуется произвольность. Дети-«автономики» по своей сущности спонтанны. Их деятель­ность, вызванная к жизни наглядными импульсами, движимая аффектом, исчезает вместе с этими импульсами.

Основной дефект речевого развития ребенка-«автономика» — невозможность *овладения* нормальной речью — восходит к ос­новному дефекту всей структуры личности — недостаточной внут­ренней активности, т. е. недостаточности овладения собственными психологическими процессами.

Последнее" неразрывно связано с недостаточностью обобща­ющих процессов. Произвольность, как указывает Л. С. Выготс­кий, развивается в меру развития мышления, осознания.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В начале нашей статьи было выдвинуто положение о том, что значения детских слов развиваются. Оно явилось ис­ходным для всей работы.

Если теперь, уяснив себе сущность автономной речи, мы по­пытаемся сопоставить развитую речь взрослого с тем значением слова, которое мы нашли в автономной речи, то, нам кажется, исчезнет последнее сомнение в истинности данного положения.

В самом деле, мы имеем в этом сопоставлении две совершенно непохожие формы речи, из которых одна, именно автономная речь, является генетически самым ранним речевым образованием, ко­торое в развитии приводит ко второй. Лишь в процессе развития могла возникнуть та громадная разница, которую мы находим при этом сравнении, что составляет основу своеобразия автономной речи. Все черты своеобразия автономной речи могут быть поня­ты только из одного факта — именно из факта промежуточности этого феномена. И это мы пытались в данной работе показать. Все черты, свойственные автономной речи, составляющие ее особен­ности, свидетельствуют о двойственном характере ее природы.

Возьмем ли мы звучание автономной речи — оно обнаружи­вает свое промежуточное место между звучанием, свойствен­ным экспрессивному *выражению* при доречевых формах обще­ния, и звучанием нашего слова, служащего средством *сообще­ния.*

Возьмем ли мы значение этого слова, за которым стоит кон­кретная наглядная ситуация, мы без труда увидим в ней осно­ву, типичную для доречевых форм смыслового восприятия, ограниченного сферой *наглядных* смыслов, и наряду с этим воз­можность выделить отдельные элементы этой ситуации в слове, которая приобщает его к нашим значениям слов. Обратимся ли мы к строению сознания на уровне автономной речи, к мыслитель­ным операциям, которые возможны с ее помощью, мы также уви­дим здесь черты доречевых и речевых структур. Это уже не бес­словесное мышление, но оно еще ограничено часто наглядными связями, которые только и может отражать «автономное» слово. Это уже не полная недифференцированность сознания. Однако в центре межфункциональных связей стоят восприятие, аффект. Мышление занимает подчиненное место, в отличие от развито­го сознания, в котором мышление является ведущей функцией.

Короче, все своеобразие автономной речи находит свое объяснение в том, что она является промежуточной формой в развитии, динамически сочетающей в себе черты доречевой и речевой фаз. Своеобразие этой речи дает нам ключ к понима­нию всей личности и структуры сознания. Однако наш анализ был бы недостаточным, если бы мы не сумели ответить на воп­рос: каковы же те факторы, благодаря которым слово автоном­ной речи, а следовательно, речевое развитие вообще возника­ют? "Появление автономного слова представляется нам естествен­ным процессом, возникающим из процессов общения, из диалога, пользуясь выражением проф. Л. С. Выготского, который возни-

кает у ребенка со взрослыми. Мы пытались в нашей работе по­казать, что искусственными следует признать попытки привле­чения понятия открытия и т. д. для заполнения пропасти, суще­ствовавшей в представлении психологов между доречевым и речевым периодом. Эта пропасть, как показывает наше исследо­вание, в реальном развитии не существует. Большинство психо­логов полагали всегда, что первые слова ребенка должны рас­сматриваться только со стороны аффективно-волюнтивных про­цессов. Главным защитником этой точки зрения является Мейман. На противоположной точке зрения стоят психологи (Прейер, Амент, Реймут), которые подходили к объяснению этих слов как к интеллектуальным процессам.

Нам кажется, реальный процесс развития не укладывается ни в одну из этих схем, хотя в той и другой точке зрения за­ключена известная доля правоты.

Основная функция речи — служить средством социального общения — впервые рождается и как *потребность,* и как *сред­ство* общения. Первичным импульсом, который толкает ребен­ка к окружающему, является потребность, аффект. С другой сто­роны, взаимодействуя с окружающими, он сталкивается со смыс­лом. И функция речи рождается из слияния аффекта, движущего ребенком, со смыслом, который транслируют ему окружающие. Аффект выступает здесь не как основное содержание слова (как полагал Мейман}, а как импульс, сталкивающий ребенка с объек­тивностью. В этом столкновении, которое является первичной формой взаимодействия с «идеальными» формами, и рождается осмысленное слово.

Это столкновение есть не что иное, как первый диалог, кото­рый поведет затем все развитие ребенка. Роль ребенка в этом диалоге — аффективно направленное обращение к окружающе­му, возникшее из потребности общаться по поводу какой-либо ситуации. Роль среды — называние этой ситуации, включение его в контекст осмысленности.

Мы видели выше, что слово автономной речи заключает в себе чисто индикативную функцию — функцию указания. Оно еще целиком является продолжением и выражением этого об­ращения к окружающему, движимого аффектом. Оно является как бы генетическим преемником указательного жеста, с кото­рым оно очень часто даже существует рядом и является близ­ким к нему по психологической природе.

Указательный жест, как и Первое слово автономной речи, носит индикативный характер, однако лишенный функции

наименования. Оба они возникают из низших аффективно-во-люнтивных значений. В указательном жесте желание порожда­ет указание на притягивающее впечатление (припомним авто­номное слово «ham»!), хватание его. Здесь и начинается взаи­модействие с идеальной формой. Ребенок сначала хочет, тянется; возникающее при этом общение по поводу привлекшего впе­чатления вносит то, что ребенок начинает называть, что именно он хочет. Возникает *понимание в отличие от заражения,* возни­кает *смысловое* восприятие.

Поэтому при усвоении первых значений слов велика опосред­ствующая роль жестов, в частности указательного жеста. Авто­номная речь возникает как голосовой указательный жест. Мы ви­дели выше, что слово автономной речи оказывается включенным в ту ситуацию, по поводу которой данное общение происходит, и на первых порах является неотрывным ее компонентом в каче­стве голосового указательного жеста. Но раз возникнув, автоном­ная речь начинает обнаруживать себя уже и как речь, что пере­водит ее на более высокую ступень развития. Если указательный жест относится в одинаковой мере ко всему, к любому предмету, то слово автономной речи скрывает за собой уже обобщенное восприятие предметов. Но вместе с тем мы знаем из предыду­щего изложения, что это первичное смысловое восприятие на­сквозь аффективно. Смысл в нем еще не оторван от аффекта.

Итак, мы можем проследить, как в реальном развитии наме­чается естественная история речи, которая может быть объяс­нена из процессов реального взаимодействия ребенка с окру­жающей средой, с развитыми психологическими формами.

Попытаемся ввести все эти соображения в контекст указан­ной проф. Л. С. Выготским последовательности ранних фаз психологического развития.

Самые начальные фазы психологического развития характери­зуются недифференцированностью внутреннего состояния и внеш­него мира и, что самое важное, отсутствием смысловой значимо­сти окружающего. На ранних этапах впечатления фотографич-ны, неопределенны, не собраны категориально.

Дальнейшее развитие идет по пути отдифференцирования, разделения себя и окружающего, которое само возникает в процессе взаимодействия ребенка со средой и вместе с тем слу­жит основой для возникновения самой существенной его фор­мы — первого диалога. Как указывалось, этот первый диалог со­здается аффективными моторами, движущими ребенка к окру­жающему, роль ребенка при этом сводится к указанию, а роль

идеальных моментов к придаванию смысла тому, на что обра­щено указание путем его называния. Возникает общение по по­воду окружающего. Слово, которым оперирует взрослый, при­соединяется к ситуации, включается в ее структуру и является на первых порах неотрывным от нее. Из него вырастает слово автономной речи. Значение его дано в ситуации.

Таким образом, процесс взаимодействия ребенка с мышле­нием и речью взрослого является главным и реальным факто­ром, обгоняющим подлинные процессы возникновения «осмыс­ленного слова», и, как показал проф. Л. С. Выготский, всего его дальнейшего развития.

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

**Краткое описание случая автономной речи**

Аня Н., 7 лет, направлена семьей с жалобами на ум­ственную отсталость и недоразвитие речи.

*Социально-бытовые условия.* Отец — художник, мать — тех­ник. Отец не признает ребенка, не живет с семьей и не прини­мает участия в воспитании ребенка. О матери никаких сведе­ний не было до последнего времени. В 1932 году установили, что она находится на излечении в психиатрической лечебнице. От рождения до 4 лет девочка воспитывалась в доме охраны матери и младенца в Москве, от 4 до 5 лет в детском доме в Елатьме, с 5 лет живет у прабабки по матери, бывшего педаго­га. Материальные условия неудовлетворительные, отношение к ребенку неровное.

Наследственность по линии отца неизвестная (случайная связь). По линии матери отмечается lues2 у деда, умственная отсталость по боковой линии и у матери. Мать страдает душев­ным заболеванием (диагноз неизвестен) с попытками самоубий­ства. Дед шепелявил.

Беременность Аней первая по счету. Протекала нормально, роды в срок, благополучные. Точных сведений о раннем разви­тии девочки не имеется, так как она находилась не дома. Зубы и ходьба развивались нормально. Начало речи с запозданием: к 2 годам говорила отдельные слоги и дополняла их жестами. Речь развивалась медленно, была очень «детская» и по произ­ношению, и по содержанию. К 3 годам говорила много непо­нятных слов и фраз. С 2 У2 лет стала казаться отсталой без

Lues *{лат.)* — сифилис.

видимого повода. Все развитие протекало замедленно, всегда от­мечалась излишняя детскость. Любит играть с детьми, но они к ней относятся покровительственно. По характеру настойчивая, обидчивая, но легко отзывается на ласку. Речь до сих пор непо­нятна.

*Физическое развитие.* Рост — N, вес — N, окружность груди на медиане, окружность головы—2а, череп малого размера с вдав-лениями в височной области. Грудная клетка рахитичная.

*Неврологический статус.* Движения координированы в пол­ном объеме; черепно-мозговые рефлексы — N; реакция зрачков на свет живая; конвергенция слева недостаточная. Дермогра'физм розовый. Брюшные рефлексы живые. Патологических рефлексов нет. Слух в пределах нормы, артикулярный аппарат — N.

*Диагноз.* Недоразвитие моторных центров речи, связанное с отягощенной наследственностью (олигофрения, позднее начало речи у матери). Автономная речь.

Ввиду ограниченного размера работы мы вынуждены опус­тить фактические данные психологического исследования этого случая и непосредственно перейти к анализу.

*Психологический анализ.* Первое, что привлекает к себе вни­мание у анализируемой девочки,— это непрекращающийся у нее речевой поток, который совершенно непонятен для окружающих. При более близком знакомстве в этом потоке можно различить отдельные слова и даже фразы. И те и другие весьма своеоб­разны:

*Слова:* «телепа», «куку», «тити», «туль», «горил», «тепака», «ванея», «аток» и т. д.

*Фразы:* «Тетя некипа», «Аня пити бабика», «Вок кутера», «Купи не авала», «Мама дека кубика» и т. д.

Лишь очень длительный контакт с Аней позволяет устано­вить, что стоит за этой недифференцированной речью, в кото­рую как бы врываются отдельные элементы нашей речи, на об­щем фоне они приобретают совершенно особый характер.

Мы могли бы анализ речи Ани повести по пути, предл°жен" ному Штерном:

1) *Элизия* (выпущение букв и слогов):

«ука» — утка, «баан» — барабан и т. д.;

«оню» — догоню, «тета» — тетрадь.

*Превращение звука* (замена):

«нилка» — вилка и т. д.

*Ассимиляция* (уподобление одного звука другому):

«татанки» — ботинки.

*Метатезис* (перестановка звуков); «памака» — бумага.

*Контаминация* (слияние элементов двух слов): «тито» — тетя Тоня.

*Общая ассимиляция* (усвоение какого-либо звука, который участвует во всех словах): «тенака» — спички «коняка» — лошадка «котяка» — кошка «ноки» — ножницы

2) Группа слов, в которых звук и значение имеют естествен­ную связь:

«куку» — петух

«му» — корова

«горил» — свеча

«чай» — чайник.

Сюда относятся все слова, сохранившие свою интонацию.

3) Звучание не имеет видимой связи со словом («лапеда» — авто; «кубика» — пуговица и т. д.).

Происхождение всех этих видов искажений Штерн видит, во-первых, в сенсорных ошибках: ребенок не обладает еще диф­ференцированным сознанием, не в состоянии схватить тонкие различия в звуках, а лишь грубые.

Во-вторых, апперцептивные ошибки. Они происходят из-за колеблющегося внимания: до ребенка неодинаково доходят раз­личные части слышанного и даже произносимого слова.

В-третьих, моторные ошибки: голосовой аппарат ребенка еще не развит, чтобы воспроизводить некоторые звуки и сочетания.

В-четвертых, ошибки воспроизведения или репродуктивные: детская способность запоминать не в силах справиться с мно­жеством словесных впечатлений, отсюда ошибки памяти при употреблении ранее слышанных звуков.

При узкофактической правдоподобности этого объяснения своеобразия автономной детской речи мы не можем не видеть всей формальности данной классификации, пытающейся найти причину своеобразной фонетики во всем, кроме стоящего за ней смыслового уровня. Согласно такого рода воззрению, вся особен­ность этих слов заключается в ином звучании, имеющем при­чиной недоразвитие моторного аппарата, процессов внимания, репродукции и т. д.

Однако более внимательный анализ их раскрывает нам Центральную сущность, лежащую за пределами тех отличий, о

которых упоминает Штерн. Она заключается не только в свое­образной фонетике, но и в органической недоступности пони­мания речи... Анализ по этой схеме, представляется нам, не исчерпывает психологического своеобразия речи Ани и может служить лишь внешне описательным целям. Наша задача — про­анализировать речь Ани в единстве звукового и смыслового ее содержания.

Начнем с анализа фразы. Мы видели, что слова Ани необы­чайно искажены и непонятны. Их непонятность усугубляется своеобразием фраз, которыми изобилует речь Ани.

Как правило в многословной фразе мы имеем дело со свое­образным синтаксическим построением. Но чаще всего мы слы­шим у Ани *однословные* и *двуслойные* предложения. «Пать»,— говорит испытуемая Аня (хочу спать). На вопрос экспериментатора о том, что она делает,. Аня отвечает: «Кука» (играю в куклы). «Га­маки, тетя!» —требует Аня бумагу у экспериментатора. — Зачем? «Бабика» (написать бабушке письмо). Такими предложениями пестрит речь Ани. Наша расшифровка является, несомненно, ус­ловной, лишь приблизительно передающей значение таких слов и фраз. Ниже мы остановимся на своеобразной расстановке слов внутри фразы. Сейчас коснемся лишь психологической ее зна­чимости. Фраза Ани является частью представляемой или пере­живаемой ситуации, которая звучит для окружающих вовне. По­этому содержание ее не исчерпывается одними только звуко­выми элементами. Говоря «бабика», Аня имеет в виду всю ситуацию письма к бабушке, говоря «кука» — всю ситуацию игры. Вполне понятно, для того чтобы понять, что именно скры­вается в каждой такой фразе, ее мало слушать. Необходимо ви­деть ту ситуацию, в которой она произносится. Эта черта — от­сутствие объективизации в речи, невозможность посредством словесных символов отойти от зрительных образов и аффектив­ных переживаний. Эта речь, в которой доминирует неслышная ее часть, а произносятся лишь отдельные элементы, является весьма характерной для всего языка Ани.

В свете того, что мы говорили, становятся более понятными и те случаи, когда Аня произносит часть слова вместо целого. «Ку» вместо «кубика», «клю» вместо «клюка» (груша), «ру» вместо «рука» и т. д. В слове как единстве смысловой и звуковой сто­роны проецировано гораздо больше, чем в звучащей его части. Слово «тама» Аня употребляет, имея в виду оттуда и туда, сюда и еще множество пространственных значений. Мы слышим «тама», но в действительности у Ани имеется при этом «тама» известная, видимая ей окраска или принадлежность этого сло-

ва. Здесь мы подходим к грамматическому построению фразы Ани. Сложные фразы в речи Ани совсем отсутствуют. Это фра­зы без придаточных, всегда личные, лишенные союзов, падеж­ных окончаний. «Маки кони ля» — мальчик из школы пришел. «Тати туи куш» — они кушают кашу и суп. «Тупа калека» — суп едят из тарелки; фразы повторяют жестовую передачу. На пер­вом месте стоят зрительные, эмоционально окрашенные обра­зы, остальные на втором месте. Слова не имеют ни склонений, ни спряжений.

У кого глаза? «Я»,— отвечает Аня. У кого бумага? «Ти» (у тебя). У кого кукла? «Ани»(у меня). Что будешь делать? «Пити» (писать). Что я делаю? (экспериментатор пишет при этом) «Пити». Звуки Аниной речи не являются объективно значащи­ми. Отсюда их недифференцированность, так как дифференци­ация возникает тогда, когда возникает объективный смысл в сло­ве, а не только переживание, жест. В своем слове Аня восста­навливает ситуацию. «Леба» называет она хлеб, «дома»—дом. В редких случаях, когда, называя себя, Аня употребляет место­имение, оно звучит также ситуационно: «Ия». Слово Ани напо­минает рисунок маленького ребенка, в котором карандашом про­водится линия, объективно ничего не выражающая, но основ­ное содержание рисунка составляет то, что ребенок в эту линию проецирует. Например: ребенок ставит точку и вверх проводит в воздухе линию, говоря «нос». Объективно изображена точка. С точки зрения смысловой — изображаемое. Аналогична этому природа рисунка, который является частью, продолжением же­ста. Для Ани не существуют вещи как таковые. Реальным для нее является только свое *отношение* к ним. На этом мы оста­новимся ниже более подробно. Здесь же следует подчеркнуть, что слово Ани следует рассматривать как *часть* какого-то цело­го, невидимого для окружающих, но реально существующего для Ани. Оно позволяет под словом «ма» иметь в виду маму, под «до» — дом, под «кубика» — в одних случаях кубик, в других — пуговицу.

Каковы же не звучащие элементы Аниной речи? Структуру не звучащих элементов слова Ани нужно признать весьма своеобразной, идущей больше в плане ощущения, чем понима­ния. Аня воспринимает контуры слова, которые служат для нее структурой. Отсюда, нам кажется, вся «контурность» ее слов, при которой общее звучание слова сохраняется, но отдельные, составляющие его звуки в нем совершенно переставлены. На­пример, «гамака»—бумага, «клика» — вилка, «каадана», «када-тана» — карандаш.

В качестве иллюстрации этого очень интересна классифи­кация Ани. В ней объективные связи заменены связями чисто субъктивными. Это находит свое подтверждение также в 1) факте подвижности названий Ани, в том, что разные предметы приоб­ретают одинаковое наименование (см. выше), и 2) в факте на­звания цветов не по константным признакам, а по отношению к фону, на котором цвет воспринимался (см. выше).

На вопрос, где пол, Аня, стоя на столе, топает ногой по сто­лу, говорит «пол».

Нам думается, Элиасберг верно указывает на то, что мир субъективного и объективного — я и ты, здесь и там, теперь и не теперь, мое и твое — все это не свойственно ребенку. Это категориальные формы взрослого, которые он прививает ребен­ку. Элиасберг говорит о формировании слова ребенка под вли­янием своеобразных Spannungsgebilde и что в нем отражается совершенно своеобразное состояние.

Жаргон автономной речи, говорит он, является фонетичес­ким выражением отношений.

С этой точки зрения легко понять, каким образом возникает движение названий у Ани. Сумку Аня называет «галена» (кар­ман, сани, бутылка). Однако стоило ей обвести края сумки паль­цем, вычертив четырехугольник, как та же сумка получает назва­ние «кубика». «Тити» — цветы, бутылка, земля (см. выше). Эта подвижность значений свойственна не только искаженным сло­вам. Если проанализировать вполне правильно произносимое слово «коробка», то увидим, что и за ним скрывается весьма подвижное значение. По незначительной детали слово момен­тально переходит в другое. Здесь мы имеем дело не столько с *обобщением,* сколько с перенесением названий, полностью за­висящим от того места, с которого Аня смотрит на этот же пред­мет. Неудивительно, что Аня в 7 лет свой собственный рисунок в продолжение получаса называет несколько раз по-разному, каждый раз забывая предыдущее название.

Общение с Аней чрезвычайно затруднено. Аню трудно по­нять не только из-за своеобразного звучания ее речи, но глав­ным образом из-за лабильности значений ее слов, из-за их субъективности. Даже тогда, когда слово звучит совсем ясно, она в любой момент может изменить его содержание. Аня также с трудом понимает окружающих, когда речь заходит о чем-то, что находится вне зрительного поля. Надо сказать, что здесь обрат­ным образом влияет недифференцированность ее же речи. Аня называет, например, словом «бабика» бабочку и бабушку, благо-

даря чему на просьбу показать девочку с бабочкой Аня указы­вает на картинку, изображающую старуху. Но основное затруд­нение при общении создает различный уровень обобщений, сто­ящих за речью Ани и речью окружающих. Ни одна инструкция не понимается Аней адекватно. Под словом «живое» Аня вык­ладывает примус, лошадь, кастрюлю. Под словом «красное» Аня собирает оранжевые, синие, розовые кубики и т. д.

Мир объективно существующих категорий для нее не суще­ствует. Она живет в сфере своего зрительного поля, и только те закономерности, которые существуют в нем, действительны для Ани. Аня живет в сфере не только зрительного поля, но и эмоционального, проецируемого вовне.

Внешний мир для Ани существует как мир положительных и отрицательных воздействий. «Бабика» не черная, не рыжая, она только «холося»; линия не кривая, не прямая, а «маинька» (ласково). Противоположные качества она называет таким обра­зом: большой — «маинька», прямой — «маинька», грустная — «и хот пакать» (не хочет плакать); старая — «не», ржавое перо — «карокия» (хорошее); толстый — «не» и т. д.

Противоположности устанавливаются главным образом в плане хорошего и плохого и в плане отрицания положительного качества. Для разных качеств применяется *одно* обозначение, которое следует рассматривать больше как *оценку,* чем объек­тивную констатацию. Само собой разумеется, в мире, как он воспринимается Аней, нет системы, нет обобщенной логики, группирующей вещи. Существует лишь логика *отношений* между Аней и вещами.

Приведем определения Ани: что такое дом? «Маинька»; что такое стол? «Толь»; что такое лошадь? «Лош но»; что такое ко­рова? «My»; что такое ботинки? «Аня день»; что такое хлеб? «Бе­нина чонина». Назови все хорошее: «Аня, бабика». Назови все плохое: «Мал дека кутила не» (маленькая девочка не кушала).

Вся деятельность сознания Ани может быть объяснена из господства в нем субъективных, аффективно окрашенных свя­зей. У Ани отсутствует осознание своей деятельности, своих психологических процессов. Она вся в подчинении аффективно окрашенного восприятия. Вот отрывок из ее педагогической ха­рактеристики: «Она беспрестанно отвлекается, берется за одно, Другое. Ручки у нее все время что-нибудь хватают, и надо де­сятки раз сказать, чтобы она их сложила. Она все время вер­тится, обращает внимание педагога то на одно, то, не дожида­ясь ответа, на другое».

Вся активность Ани, все ее поведение полностью отвечают тому, что говорилось о ее картине мира. Аня плохо ориенти­руется и долго не понимает правил игры, действуя нецелесооб­разно после несколько раз повторенных объяснений. Так, на­пример, в игре в прятки она бегает на виду у водящего с зак­рытыми глазами. Нам кажется, лучше всего психологическая сущность Ани в полном соответствии с данным анализом зак­лючается в том, что, играя в прятки, Аня прячется только тем, что закрывает свои глаза.

**Р. Заззо**

**ГРУППОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ1**

§ 2. Недостаточно, конечно, собрать в одном сборнике наши работы за последний период, чтобы утверждать, что они представляют собой единый труд. Эти статьи имеют общие ус­тановки, но не имели заранее обусловленного общего плана. Эти общие установки объединяют наши работы, а различия в характе­ре работ объясняются особенностями личности каждого автора и его собственными интересами.

Следует добавить также, что понятие «групповая работа» не означает, что в ней постоянно участвовали все сотрудники. Она выполнялась наряду со многими другими и основывалась на ма­териалах ежедневной работы консультации при лаборатории пси­хологии3. Работа проводилась в течение почти 10 лет. Это озна­чает, что за время исследования по мере обогащения нашего опыта менялись перспективы и интересы.

Поэтому в нашей работе нет строгой последовательности, в чем нас могли бы упрекнуть любители логики. Но в этом, воз­можно, есть и свое преимущество: это дает простор созрева­нию новых, оригинальных мыслей, чему препятствовало бы бо­лее строгое планирование работы.

§ 3. Как бы то ни было, читателем надо руководить, чтобы он мог следить за ходом нашей работы.

Мы стремились со всей возможной широтой осветить про­блему слабоумия: этиологию, диагноз, прогнозы.

Прежде всего мы рассмотрели вопросы диагностики и про­вели систематическое исследование специфических черт слабо­умия; в качестве рабочей гипотезы мы приняли положение о том, что слабоумного ребенка нельзя уподоблять нормальному ребенку более младшего возраста. Об этом можно было думать на основе практического применения тестов и использования понятия интеллектуального возраста.

Проблема этиологии является одной из наименее изученных. Несмотря на совместные усилия д-ра J. Rutschman и J. Bala, мы не смогли окончательно определить различие в психологичес­кой картине слабоумия, связанной с различными его причинами,

Печатается no: *Zazzo R.* Conduites et conscience. V. II. Paris, 1968, p. 169 — 244; *Zazzo R. et al.* Nonvelles recherches sur la Debilite mentale. Enfance, 1960, 4—5.

Лаборатория психологии при больнице Генри Русселя (Центр профи­лактики умственной деятельности департамента Сена).

так как у нас не было для этого достаточно неоспоримых доку­ментальных данных.

И, наконец, только три года назад мы занялись вопросами прогноза. Если наши результаты еще далеки от того, чтобы наз­вать их окончательными, они, во всяком случае, очень обнадежи­вающие. Мы исходили из общепризнанного официально кон­статированного факта: коэффициент умственного развития, за исключением случаев глубокого слабоумия, не может служить основой для прогноза, но, в противовес общепризнанному мне­нию, недостаточность коэффициента умственного развития (IQ) для установления прогноза не зависит от его непостоянства. Ос­тавляя в стороне вопрос об ошибках в расчетах, следует при­знать, что IQ (коэффициент умственного развития) остается по­чти постоянным и что если он изменяется, то чаще в сторону ухудшения, чем улучшения.

В прошлом, желая сохранить надежду на будущую адаптацию слабоумного, утверждали непостоянство IQ. Эта критика IQ исхо­дила из хороших побуждений, но ее аргументы были ложными. Поэтому мы отвергаем эту критику и утверждаем гораздо более строго: IQ остается почти постоянным, но критерии адаптации и развития личности как интегративного единства с возрастом из­меняются. О школьниках 10 лет судят по другим критериям, не­жели о подростках 15 лет или взрослых. Конечно, интеллектуаль­ный критерий сохраняется в любом возрасте, но кроме него есть много других. Проблема заключается в этом случае в том, чтобы узнать, проявляются ли черты, которые мы замечаем, например, в 15 лет, внезапно и непредвиденно, или их можно было обнаружить в детстве, но это не удалось только из-за недостатков в способах проведения исследования. Этот вопрос остается открытым.

В наиболее упрощенном виде наши заключения сводятся к следующему: интеллектуальный возраст, возможно, достаточен для диагностирования слабоумия, но он не объясняет характера слабоумия; коэффициент умственного развития содействует по­становке диагноза, но на его основании нельзя делать прогнозы.

§ 4. В таком виде указанные выше выводы имеют тот недоста­ток, что они являются только отрицательными и, таким образом, поддерживают жалобы пессимистов, которые никогда не хотели ни допустить, ни понять достижений психометрии. Часто говорят, и я сам без достаточной осторожности повторял, что критиковать тра­диционное понятие слабоумия означает критиковать понятие ум­ственного возраста и коэффициента умственного развития. Сле­довало говорить точнее, что эти способы измерения, рассматрива­емые изолированно, недостаточны и, следовательно, ошибочны.

И действительно, не приходится выбирать между количест­венным и качественным определениями слабоумия, если пра­вильно понимать, как используются цифры в психологии. Их роль почти всегда сводится к выражению степеней, нюансов какого-нибудь качества. Они не замещают качества, но могут символизировать его при условии, что мы не станем жертвами арифметической иллюзии, когда число заменяет действитель­ность, а означающее — означаемое.

Возьмем, например, умственный возраст. Это уровень ум­ственного развития нормальных детей, имеющих соответствую­щий физический возраст. Умственный возраст определяется в этом случае хронологическим возрастом. Это понятие ясно. И все же мы находимся в такой области, где ничто не указывает, что взятые показатели являются однородными. На шкале умствен­ных возрастов дважды два не всегда четыре.

Если теперь мы обратимся от нормальных детей к слабоум­ным, возникнет новая проблема качественного различия.

Имеет ли один и тот же умственный возраст одинаковое значе­ние для умственно отсталого, нормального ребенка или для детей с повышенным умственным развитием? Было бы, возможно, ошибоч­ным сделать выбор между да или нет. Равенство, выраженное од­ним и тем же умственным возрастом, передает реальное равенство (оперативно определяемое содержанием теста), но из этого нельзя сделать заключение о психологической идентичности.

Объясним это положение. В классических тестах умствен­ного развития возрастной уровень представляет собой мозаику, винегрет; он получается из сочетания разнообразных видов моз­говой деятельности, один и тот же результат может быть полу­чен различными способами. Можно показать на примере, что интеллектуальная эффективность слабоумного 15 лет может рав­няться эффективности ребенка 8 лет, но средства и компонен­ты его интеллекта различны и, *возможно, не соответствуют никакому нормальному генетическому уровню.*

Показатель 8 лет не означает ничего на нормальной генети­ческой шкале, если он не соотнесен со всей совокупностью моз­говой деятельности, символом которой он и является. Показа­тель 8 лет для умственно отсталого ребенка ничего не означает, если вместе с ним не указывается реальный возраст или уро­вень умственного развития. Кроме того, нам надо еще знать, какому качеству и стилю интеллекта соответствует этот символ в Двух его измерениях. Умственный возраст 8 лет у ребенка с Реальным возрастом в 8 лет имеет иное качество, чем этот же Умственный возраст у подростка 15 лет.

335

Это замечание банально, но на самом деле оно ставит про­блему использования методов дефектологии и патологии в психо­логии. Идея о том, что патологическое состояние гомогенно нор­мальному, принадлежит Рибо (Ribot). Она тяжело довлеет над развитием французской психологии, но для нас неприемлема. Можно, конечно, сказать, что болезнь — это эксперимент, постав­ленный природой. Но что нам это даст, если условия этого опыта так сложны, что они для нас недоступны?

И, наконец, самое важное заключается в том, что один и тот же элемент имеет различные значения в зависимости от того, входит ли он в нормальный или патологический контекст.

Переход от нормального состояния к патологическому все­гда возможен. Возможен также анализ одного состояния в ас­пекте другого при условии, что будет учитываться диалектика явлений. В дефектологии или патологии всегда нужно предпо­лагать, что дефицит сопровождается качественным изменени­ем, — всегда иметь в виду новую совокупную структуру, в ко­торой составляющие ее элементы приобретают новые значения. Повторим, таким образом, что значение общего уровня раз­вития изменяется в зависимости от связанного с ним коэффи­циента умственного развития (от IQ), т. е. в зависимости от тем­па развития, его скорости.

Если мы хотим понять всю специфичность больного слабо­умием, надо еще расширить нашу перспективу и говорить не только о его интеллекте, но и о его состоянии в целом, о его личности. Говоря об умственном возрасте, мы относим его бо­лее или менее определенно к способу мышления нормального ребенка этого возраста. Но когда говорят о слабоумном ребен­ке, эта ассоциация должна быть разрушена. Можно предполо­жить, что умственный возраст больного с пониженным коэффи­циентом умственного развития дает особую психологическую картину. Именно это нам необходимо описать и понять.

Я говорил как-то, что своеобразие умственно отсталого со­здается тем, что его интеллектуальный возраст отстает от его хронологического возраста, и это не просто каламбур.

Диспропорция между интеллектуальным и хронологическим возрастом — это прежде всего метрическое, количественное оп­ределение слабоумия. Но не только это: эта диспропорция в не­котором смысле является также причиной всего того, что ха­рактеризует слабоумного.

Темпы умственного развития слабоумного отличаются от тем­пов его физического развития. Отсюда вытекает: особая система

**336**

равновесия и, возможно, вся совокупность специфических психо­физиологических черт.

В этом основа моей гипотезы о гетерохронии.

**I. ПРОБЛЕМА ДИАГНОЗА А. Понятие гетерохронии**

§ 5. По традиции определение слабоумия включает синдром (общая умственная отсталость), этиологию (врожден­ность) и прогноз (неизлечимость). Мы рассуждаем так, как буд­то прогноз содержится в самой этиологии; но так как мы не знаем ни того, ни другого, мы их редуцируем из констатируе­мого синдрома, из состояния больного в настоящее время. Мы можем высказать предположение, что настоящее отражает про­шлое, этиологию, как результат — причину, и что настоящее со­держит в себе, предвосхищает будущее; как бы то ни было, ни­какой другой возможности исследования в настоящее время нет.

Но в таком случае не нужно Ооболыцаться этой сомнитель­ной гипотезой. Следует совершенствовать описание констати­руемых фактов, делать это как можно полнее, чтобы в отдель­ных наиболее удачных случаях связать их со всем тем, что мы сможем узнать об этиологии и последующей эволюции больного.

§ 6. Если наш диагноз слабоумия основывается только на констатируемых фактах, мы не должны сводить эти факты к вы­явлению коэффициента умственного развития.

Коэффициент умственного развития позволяет ставить при­близительный диагноз, установить расхождение между нормаль­ным и умственно отсталым ребенком. Поэтому IQ является по­нятием первостепенной важности. Но этим возможности IQ ограничиваются: с его помощью нельзя ни произвести настоя­щего сравнения психологии нормального и умственно отсталого ребенка, ни отличить истинное слабоумие от псевдослабоумия, ни разграничить между собой различные формы слабоумия. Мы Должны добиваться более дифференцированных сравнений, раз­личений, более дифференцированных диагнозов.

В этом плане мы высказали четыре основные гипотезы:

а) структура психики и, следовательно, семенология слабо­умного отличаются от структуры психики нормального ребенка того же умственного возраста;

б) структура психики слабоумного (определяемая общей недо­статочностью его умственного развития) отличается от структуры

57-1405 337

больных, страдающих частичными нарушениями (например, тя­желыми специфическими расстройствами речи);

в) подлинное слабоумие имеет различные формы;

г) разнообразие форм психики при подлинном слабоумии находится в более или менее прямой зависимости от многооб­разия их этиологии.

Для проверки этих гипотез мы первоначально пользовались методом психологического профиля. При помощи серии тестов мы стремились обрисовать различные дифференцированные про­фили и прежде всего охарактеризовать профиль — тип слабо­умного по сравнению с нормальным ребенком того же умствен­ного возраста (гипотеза).

§ 7. Наша серия состояла из тестов, которые, как на это указывали наш клинический опыт и предыдущие исследования, помогают дифференцировать слабоумного от нормального ре­бенка того же умственного возраста: проводились испытания психомоторной активности, опыты, выявляющие овладение про­странственными отношениями, опыты, позволяющие охаракте­ризовать некоторые знания и навыки (счет, письмо) и т. д.

Эти испытания были предварительно стандартизованы по возрастным нормам. Таким образом, мы смогли создать психо­грамму для каждого испытуемого дебила, а также для всей со­вокупности наших слабоумных испытуемых.

Психограмма слабоумия была прежде всего составлена по материалам 300 слабоумных мальчиков и девочек в возрасте от 9 до 14 лет с коэффициентом умственного развития от 45 до 75 (тест Binet — Simon, пересмотренный в 1959 г.).

Здесь можно было бы говорить о логической ошибке: чтобы обнаружить признаки слабоумия, мы считали слабоумными боль­ных, в отношении которых мы вначале еще не знали, обладают ли они этими признаками. Но это неизбежно, так как приходит­ся исходить из неполного и частичного ошибочного определе­ния, чтобы получить более удовлетворительное определение. Некоторые принятые меры помогают избежать логической ошиб­ки: мы исключили из нашего исследования всех явно псевдо­слабоумных и всех больных, страдающих эпилепсией или серь­езными неврологическими расстройствами.

Поэтому можно считать вероятным, что большинство испы­туемых были подлинно слабоумными без дополнительных орга­нических поражений.

§ 8. Мы вычертили психограмму или профиль — тип слабо­умного, установив иерархию результатов, полученных от всех

338

испытуемых при выполнении различных серий тестов (см. ри­сунок на стр. 340).

Профиль — тип слабоумного, установленный на основании характера нашей серии опытов и особенностей испытуемых, при­водит к следующим выводам:

а) результаты располагаются ниже и выше уровня Binet — Simon, наиболее значительно отклоняясь вниз в опытах по про­странственной ориентировке (например, тест Bender) и занимая наиболее высокое место в опытах на психомоторную активность (например, результаты опыта двойного зачеркивания);

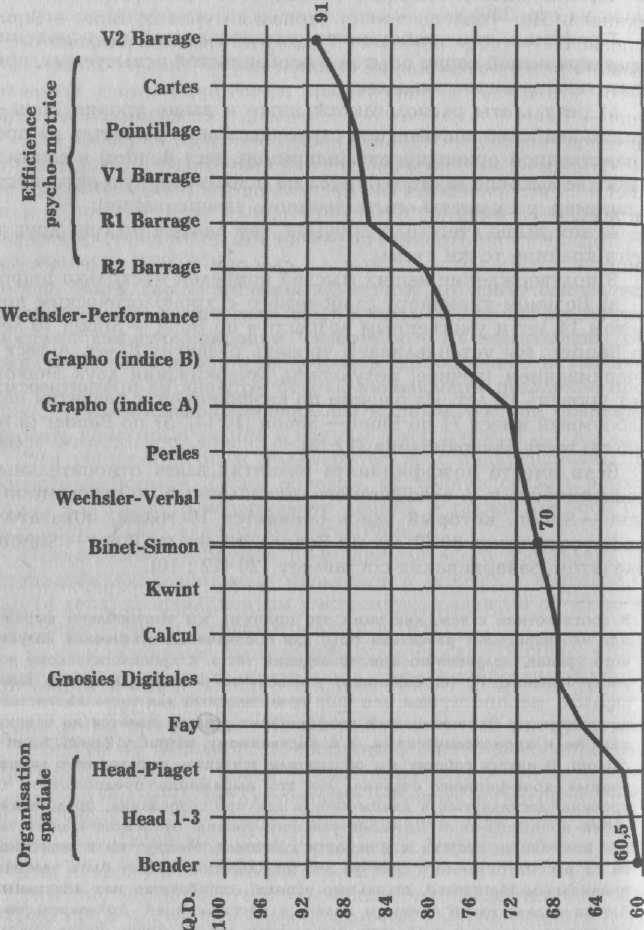
б) чем выше степень слабоумия, тем дальше отстоят друг от друга крайние точки схемы.

В подтверждение наших мыслей приведем несколько цифр: а) Возьмем типичного слабоумного с хронологическим воз­растом 14 лет и умственным возрастом по Binet — Simon 10 лет. По Bender мы устанавливаем уровень развития 8 лет. А тест с зачеркиванием (точнее, результаты зачеркивания двух знаков) дает уровень 12 лет. Из расчета по коэффициенту развития наш слабоумный имеет 71 по Binet — Simon **(10:14),** 57 по Bender (8:14) и 86 по тесту зачеркивания (12:14).

Если вместо коэффициента развития взять относительный коэффициент3, т. е. коэффициент, исчисляемый по отношению к Binet — Simon, который здесь равняется 10 годам, показатель Bender составляет 80 (8 лет по Bender, 10 лет по Binet — Simon), показатель зачеркивания составляет 120 (12 : 10).

В соответствии с тем, как нами это принято, мы употребляем выраже­ние «коэффициент развития» (QD) для обозначения отношения возраст­ного уровня, полученного при проведении теста, к хронологическому воз­расту больного. Ю (коэффициент умственного развития) является, таким образом, частным случаем: это QD, установленный для теста на умствен­ное развитие. Относительный коэффициент устанавливается по отноше­нию не к хронологическому, а к умственному возрасту (здесь Binet — Simon). В наших работах мы обозначили эту связь выражением: «произ­водный коэффициент отдачи». Но это выражение предполагает, что уровень, достигнутый в каком-нибудь секторе созревания, представляет собой производное от интеллектуального уровня, относится к нему так, как полученная энергия к мощности двигателя. Между тем в зависимос­ти от рассматриваемого сектора это предложение может быть частично правильным (например, школьные успехи), ошибочным или абсурдным. Любая отдача выше единицы является бессмыслицей. Доказательством служит то, что если в области, где понятие отдачи имеет смысл (школь­ная область), коэффициент выше единицы, следует систематически про­верять показатель умственного уровня. Выражение же «относительный коэффициент» (применительно к интеллектуальному уровню) не подра­зумевает ничего: оно имеет только описательное значение.

339



Относительный коэффициент имеет то преимущество, что он устанавливает уровень пропорционально уровню Binet — Simon и позволяет, таким образом, проводить прямое сравнение про­филя на различных уровнях слабоумия.

б) Что касается слабоумных, IQ которых определяется по Binet — Simon в 70, у них относительные коэффициенты распо­лагаются между 85 и 130, что составляет отклонение в 45.

Относительные коэффициенты слабоумных, у которых IQ по Binet — Simon равняется 50, располагаются между 80 и 150, что составляет разницу в 70.

Термин «гетерохрония» выражает только тот факт, что по срав­нению с нормальным ребенком у слабоумного разные стороны психобиологического развития развиваются с различной скорос­тью. Перед тем как рассмотреть, что нам может объяснить поня­тие «гетерохрония» или по меньшей мере выяснить, каково его эв-ритическое значение, остановимся еще немного на средстве, с по­мощью которого гетерохрония была обнаружена, на ее практическом значении и критике, которой она, вероятно, подвергнется.

§ 9. С практической точки зрения типовая психограмма имеет

троякое значение:

а) конкретно сообщает врачу абсолютное и мифическое зна­чение IQ. Множественность QD хорошо показывает, что одна и та же цифра в различных опытах имеет различное диагности­ческое значение;

б) дает возможность различать типичную иерархию и дис­гармонию: теперь мы знаем, что для слабоумного нормально иметь более низкий уровень в одних тестах и более высокий в \ругих по сравнению с его уровнем по Бине;

в) и, наконец, самое главное, что психограмма помогает при диагностике отличать слабоумие от псевдослабоумия.

§ 10. Правильный метод исследования требует спросить себя: верно ли передает полученный нами профиль психологические факты, или он является результатом артефактов?

а) Может быть, здесь дело в статистическом артефакте. Не­которые могут сказать, что если при данном испытании возрас­тной уровень более или менее низок, то это может происходить потому, что дисперсия оказалась более или менее значительной.

На самом же деле здесь нет артефакта, так как при изуче­нии (проведении опытов) развития пполне закономерно рассмат­ривать статистическое отклонение чисперсии как возрастное от­клонение. Значимость одного « \*e отклонения в различ­ных опытах может изменяться в разном возрасте.

Однако возникает еще одна проблема: в какой степени от­меченное возрастное отклонение объясняется действием диспер­сии, имевшейся в опыте, и в какой степени оно зависит от спе­цифических черт слабоумного? Эта проблема в целом еще не была изучена. Но мы можем уже утверждать, что относительно высокий уровень решения слабоумными психомоторных опытов с зачеркиванием, конечно, нельзя объяснить слабой дисперсией в этих опытах. Несмотря на статистические отклонения и нали­чие возрастной задержки, психомоторная отсталость в данном случае менее выражена, чем умственная отсталость.

Как бы то ни было, определение возрастных уровней оста­ется в силе; но вопрос об их значении и причинах остается открытым.

б) Артефакт может объясняться особенностями наших ис­пытуемых. Если мы исключили явно неврологические случаи, то все же, вероятно, останутся случаи экзогенного слабоумия (на­пример, случаи возникшего органического поражения).

Мы вправе тогда спросить себя: не может ли объясняться низкий уровень решения тестов на пространственную органи­зацию, отмеченный в профиле-типе, присутствием среди испы­туемых экзогенных слабоумных?

Может быть, в результате наших исследований мы когда-нибудь сможем со всей точностью ответить на этот вопрос и даже составить две или несколько различных психограмм.

Все контрольные опыты, которые мы провели с 1956 г., под­твердили общее строение психограммы. Еще не изданные рабо­ты двух моих сотрудниц: J. Butschmann и J. Galan, цель которых — различить профили эндогенных и экзогенных слабоумных, не внесли в этот вопрос большой ясности. Серия наших опытов, как она есть, не включает исследований, предполагающих раз­личение этих двух типов, этиология которых различна, но со­храняет общую иерархию психограммы с большими или мень­шими отклонениями в зависимости от этиологии слабоумия.

§ 11. Мы признаем, таким образом, что гетерохрония — ха­рактерная черта слабоумных. Этот факт констатирован. Сдела­ем еще один шаг: гетерохрония — это ведущее понятие, объяс­няющее интеллектуальные особенности дебила, динамику его поведения. Гетерохрония и возможные особенности, вызванные органикой, достаточны для того, чтобы понять всю специфич­ность психологии дебила; так мы переходим в область гипотезы.

Я знаю, как легко гипотеза превращается в систему, как легко ведущая идея становится косной.

Как часто бывает, однако, что экономная и поэтому соблаз­нительная идея не согласуется со сложностью вещей. Включим­ся, однако, в эту игру, но с максимальной осторожностью, по­лагаясь на ясные головы моих сотрудников, которые предохра­нят меня от чрезмерной уверенности в своей правоте.

§ 12. Гетерохрония — это система, структура, это не простая коллекция различных тестов. Можно, конечно, представить себе, что темп развития в одном каком-то секторе развития не нахо­дится ни в какой причинной связи с темпом в другом секторе. Но так как организм — это единое целое, а индивидуальность — интегрированное единство, то из этого следует, что черты, про­извольно изолированные нашими способами изменения, принад­лежат всей структуре в целом.

Только говоря об относительно благополучных чертах деби­ла, мы лучше всего поймем принцип гетерохронии.

Я говорил выше, что диспропорция между умственным и фактическим возрастом — это не только количественное опре­деление слабоумия, но и основная формула его структуры. Уточ­няя, следует отметить, что почти йо всех случаях уровень сома­тического развития примерно соответствует хронологическому возрасту4. Поэтому наиболее распространенной формулой явля­ется диссоциация между темпами соматического развития и тем­пами развития мозговых тканей.

По сравнению с нормальным физически младшим ребенком того же интеллектуального возраста дебил благодаря своему ре­альному возрасту имеет ряд преимуществ: лучшее физическое развитие, большая сила, большая скорость (обнаруженные в на­шей серии опытов с пунктированием и зачеркиванием), возмож­но, также более богатый опыт и больше условных связей, более зрелые интересы в некоторых областях (например, профессио­нальные и половые интересы).

Но эти преимущества имеют и свою отрицательную сторо­ну, что проявляется парадоксальным образом в некоторой не­полноценности слабоумного по сравнению с младшим ребенком того же интеллектуального уровня. С течением лет условные

Я часто наблюдал, что в тех случаях, когда умственная отсталость со­провождалась физической отсталостью примерно той же степени, про­гноз был благоприятный. Воздействие на физическое развитие одновре­менно влияло на умственное развитие и ретроспективно приводило к заключению о псевдослабоумии. Представляется, что истинному сла­боумию соответствует элективная недостаточность мозгового потенциа­ла, общая же соматическая энергия почти не затрачивается.

**ада**

связи обогащаются и совершенствуются. Слабоумный — это че­ловек привычки. Ему было бы очень трудно приспособиться к действительно новой ситуации, потому что привычные условные связи перевешивают и сковывают мыслительные операции. Этим частично объясняются персеверация, описанная Strosheim и дру­гими авторами, олигофреническая инертность, описанная Лурия, и, наконец, генетическая вязкость, анализ которой сделал Barber Juhelder: слабоумный ребенок чаще, чем нормальный, возвра­щается к старому образу мышления, к которому он больше при­вык. Он возвращается к нему, как бы падая в глубоко вырытую колею. Опираясь на эти общие точки зрения, я попытаюсь свя­зать между собой различные работы участников нашей группы, а именно все исследования, которые включены в первую часть этого специального номера «Enfance». Связь многих этих работ с понятием гетерохронии очевидна; в других работах она явля­ется менее явной, а иногда даже совсем не входит в намерения автора. Но все эти работы объединены систематическим усили­ем, направленным на улучшение и уточнение диагностики слабоумия.

**Б. Экспериментальные исследования**

§ 13. Большинство опытов, входящих в нашу серию, могут дать материал для детального исследования, цель которо­го— ответить на вопрос: одинаковы ли у слабоумного ребенка и нормального ребенка, находящихся на одном и том же уровне развития, составные компоненты общей оценки (или, если вы предпочитаете, качества ответа)? Мы сделали попытку произве­сти такое исследование для некоторых наших опытов, в частно­сти для опыта Binet — Simon для орфографического теста и тес­та с двумя зачеркиваниями.

Анализ теста Binet — Simon дает совершенно определенное заключение: у слабоумных и нормальных детей одинаковый уро­вень достигается благодаря различным элементам. Это означа­ет, что степень их трудности не одинакова.

Например, счет в обратном порядке или составление по за­данию фразы из трех слов для дебилов труднее, чем для нор­мального ребенка того же интеллектуального возраста. И на­оборот, перечислить месяцы, годы или интерпретировать кар­тинку для дебила легче, чем для нормального ребенка того же умственного возраста.

Конечно, на ограниченном материале Binet — Simon подоб­ное исследование не может дать больших результатов. Но оно

достаточно для того, чтобы указать, что один и тот же интеллек­туальный уровень качественно не одинаков для дебила и нор­мального ребенка. Оно позволяет также, применяя опыты Binet — Simon, использовать их для различения при диагностике дебиль-ности от задержки, связанной с расстройством речи.

Неудачно решенные задачи не одинаковы у слабоумных и **у** детей, страдающих расстройством речи. Они решаются теми и другими избирательно. Прилагаемый ниже протокол оценок, по­лученных в недавно проведенных опытах, указывает на труд­ность или легкость предлагаемых вопросов (см. прилагаемую иллюстрацию), облегчает анализ ответов и ориентирует с само­го начала исследования на постановку диагноза.

**Тест Binet — Simon**

Показатель **уровня. Эталоны начальных классов**

Париж, 1949

3 **года и менее**

1} показать нос, глаз, рот *„*

2) назвать ключ, нож

3) назвать картину

4) повторить 2 числа

5) назвать свой пол

6) сравнить 2 линии

7) назвать свою фамилию

8) повторить фразы из 6 слогов

4 **года**

9) сравнить 2 веса

10) повторить 3 числа

11) повторить-фразы из 10 слогов ( + )

12) игра на терпение

13) определить, сказав, как используется предмет

14) срисовать квадрат ( + )

5 **лет**

15) эстетические сравнения

16) сосчитать 4 простые ед. ( + )

17) назвать 4 цвета

18) выполнить 3 поручения ( + )

19) различить утро и вечер

6 **лет**

20) сосчитать 13 простых су *{'+)*

21) пропуски на рисунках ( + )

22) правая рука, левое ухо

23) срисовать ромб (+) (—}

24) вспомнить два предмета

7 **лет**

25) описать картинку (—)

26) 9 су, из которых 3 двойных ( + ) (L —)

27) какое сегодня число ( + ) (L4-)

28) легкие вопросы (L + )

8 **лет**

29) сосчитать от 20 до О (L-) (Д -) { + )

30) повторить 5 цифр (—) (Д — )

31) различить денежные знаки ( + ) (Д+)

32) перечислить месяцы (L —) (Д + )

9 **лет**

33) дать сдачу (L —)

34} определить качество по употреблению (—)

35) критика бессмысленной фразы (Д + )

36) распределить 5 весов ( —)

10 **лет**

37) 3 слова в 2 фразы (Д — )

38) два рисунка по памяти ( —) (L-) (Д —)

39) трудные вопросы

11 **лет**

40) противостоять внушению (линий?)

12 **лет**

41) 3 слова в 1 фразу (Д — )

**Более** 12 **лет**

42) определить абстрактные слова ( —) (Д + )

43) разгадать смысл фраз

с неправильным порядком слов (Д —)

44) произнести более 60 слов в минуту (Д — )

45) найти 3 рифмы (Д —)

46) объяснить содержание картинки (Д + ) ( + )

47) повторить 7 цифр (Д—)

48) повторить фразу из 26 слогов

49) вопросы о разных происшествиях (Д + )

50) задание по вырезыванию

51) построить треугольник по образцу

52) различие между абстрактными словами

53) король и президент

54) мысль Hervien

**Для интерпретации дисперсии:**

(**+**) хороший тест развития

(—) плохой тест развития

(Д—) легкий для слабоумных

(Д +) трудный для слабоумных

(L —) трудный для детей с недостаточным навыком чтения.

§ 14. Проведя орфографический тест, Н. Santucci — М. Verba, наоборот, не смогли выявить специфики слабоумных, но они под­твердили на всех рассмотренных возрастных уровнях гетеро­хронию орфографического уровня.

Здесь можно попытаться вывести объяснение, исходя из ре­зультатов и учитывая специфику недостаточности при слабоумии. Если результаты в орфографии ниже тех, которую обычно по­лучают при этом интеллектуальном уровне, то наши авторы объясняют это особой недостаточностью пространственной орга­низации у слабоумных.

Таким образом, орфографический уровень зависит одновре­менно от интеллектуального уровня и от уровня пространствен­ной организации.

§ 15. Анализ теста зачеркивания позволяет нам понять на конкретном примере, как различие между физическим и ум­ственным возрастом может определять специфические черты сла­боумия.

Слабоумные — это в основном больные с относительно по­вышенным уровнем эффективности (скорость и результат), но сохранившие инфантильный стиль работы, который значитель­но ниже их умственного уровня.

Инфантилизм в их деятельности проявляется в повышенной неточности и особенно в параллелизме, существующем между неточностью и скоростью: так же, как у совсем маленьких де­тей, точность у них уменьшается с увеличением скорости и уве­личивается с уменьшением последней. У нормального ребенка 9 лет эта корреляция исчезает: в этом случае все происходит так, как если бы точность поддерживалась чем-то вроде само­регуляции. У слабоумных, достигших умственного возраста 9 и более лет, эта регуляция, эта интеграция «точность — скорость» не проявляется. Поэтому слабоумный 14 лет с реальным возра­стом 14 лет и умственным возрастом 9 лет может легко достиг­нуть скорости действий 12-летного ребенка, но стиль его соот­ветствует стилю ребенка 6—7 лет.

Расхождение между психомоторным уровнем слабоумного и его умственным возрастом позволяет проще всего объяснить это

явление: слабоумный обнаруживает превышение скорости дей­ствия по сравнению со своими умственными способностями раз­личения, но эта повышенная скорость соответствует его двига­тельному режиму, его соматофизиологическому развитию.

В своей помещенной здесь статье Jrene Galan анализирует это поведение, сравнивая его с поведением детей с расстрой­ствами интеллекта и с контрольной группой нормальных детей.

В неопубликованных работах Claire Daurat имеется тенден­ция показать, что этот стиль является устойчивой характерной чертой дебила. Изменение инструкции и повторение во время опыта советов делать медленнее практически не дают результа­тов. Скорость остается на слишком высоком уровне, а регули­ровать точность все так же невозможно.

Чтобы узнать, может ли дебил установить регулирование ско­рости, соответствующее скорости, характерной для его умствен­ного возраста, нужно задать ему эту скорость с помощью экс­периментальной установки. Этот опыт, педагогическое значение которого несомненно, мы еще не проводили.

С методологической точки зрения анализ теста зачеркива­ния имеет исключительно важное значение: он дает возможность определить не изменяющиеся ни в каком возрасте специфичес­кие психологические факты генетического порядка и условия, вызывающие этот факт.

И действительно, психомоторное развитие дебила и его ум­ственное развитие могут быть отнесены к генетической шкале. Но два эти несогласованных фактора приводят к стилю поведения, который не соответствует никакому возрасту. Это является хоро­шей иллюстрацией к тому, что можно понимать под специфичес­кой чертой в области дефектологии и умственной патологии.

§ 16. Наши наблюдения над тестом зачеркивания больше ста­вят, чем решают, проблемы развития умственных способностей, воспитуемости и интеллектуального динамизма у дебилов.

Из того, что мы уже о них знаем, об их инертности, трудно­стях саморегулирования, мы можем заключить, что интеллекту­альный динамизм слабоумных очень слабый, а возможности вос­питания ограниченны. Но окончательное решение может дать только опыт. И, кроме того, для того, чтобы прийти к точным выводам, необходимо проводить эксперименты в различных об­ластях, где участвуют в различной степени относительные пре­имущества и недостатки слабоумного.

В своей работе, которая, впрочем, значительно выходит за рамки вопросов слабоумия, Michel Hurtig вносит очень инте­ресный вклад в проблему обучаемости дебилов. Он сравнил три

категории детей одного и того же умственного возраста (нор­мальные дети, социально запущенные и слабоумные дети), при­менив два способа обучения. Предлагаемая задача была одной и той же при обоих видах обучения: деление геометрических фигур. Но первый способ обучения заключался в заучивании путем повторений без объяснения, в то время как при втором каждый этап обучения сопровождался объяснением.

Основной результат опыта заключается в выявлении того, что слабоумный отличался как при первом, так и при втором способе почти полной необучаемостью.

Внимательное изучение цифр, полученных Michel Hurtig, по­зволяет выявить два проявления инертности. Во-первых, неспо­собность воспользоваться повторениями действий в опыте или повторением объяснений, которые им давались.

Во-вторых, тот факт, что первое объяснение значительно улуч­шает результаты, которые у них были вначале. Без объяснений результаты их действий при испытании были намного ниже по­казателей нормальных детей одинакового с ними умственного возраста. Но после того как им на=примере объясняли, как они должны были рассуждать, они достигали при ответах почти та­кого же уровня, как и нормальные дети. Это означает, что деби­лы не способны спонтанно себя максимально мобилизовать. Они не способны к интеллектуальной инициативе: они могут понять, но не умеют раскрывать, придумывать.

Эту специфическую черту пассивности не следует смеши­вать с медленным темпом их развития, так как он выражается в IQ, хотя между этими двумя характеристиками имеется при­чинная связь.

IO 70, например, означает, что за 10 месяцев ребенок дос­тигает умственного возраста ребенка 7 месяцев. Это естествен­ный динамизм психобиологчческого развития, но интеллектуал ный динамизм — это другое явление, которое позволяет инд:. видууму, как говорит Michel Hurtig, использовать приобретенные механизмы для того, чтобы их превзойти; при этом испытании мышления нормальным детям достаточно четырех повторений, чтобы привести их к решениям, на год превосходящим их воз­раст. При том же умственном уровне и при том же обучении Дебилы не достигают практически ничего.

Но не следует торопиться с обобщениями. Возможно, что ис­пользованный материал не годится для того, чтобы стимулиро­вать слабоумных детей, дать толчок их динамизму. Чтобы сде-лать заключение, необходимо провести другие опыты на обуча­емость в других областях.

*1AQ*

Опыт Michel Hurtig нам предлагает, однако, уже сейчас но­вый показатель для диагностирования, для различения слабоумия от псевдослабоумия, по крайней мере в некоторых его формах.

В начале упражнений по обучению дети с тяжелой непол­ноценностью (социальная и чувственная области очень бедны), составляющие третью, привлеченную к сравнению группу, по­чти не отличались от слабоумных. Их интеллектуальные дости­жения тоже были очень плачевными. Но четырех сеансов с объяснением оказалось достаточно для того, чтобы они достигли почти тех же результатов, что и нормальные дети.

§ 17. Нас заинтересовала проблема, какая связь существует между интеллектуальным динамизмом и выпадением интеллек­туальных функций. Мы знаем уже благодаря работам Barbel Jnhelder, что слабоумный ребенок, достигший некоторого уров­ня мышления, легко теряет достигнутое и регрессирует к более низкому уровню. Он гораздо более чувствителен, чем нормаль­ный ребенок того же возраста, к изменениям внеинтеллектуаль-ных условий мышления (аффективные факторы, неблагоприят­ное воздействие среды, колебания умственного и моторного то­нуса). По словам Jnhelder, «слабоумный ребенок сохраняет следы более низкой стадии, чтобы на ней дальше задержаться». Даже легкое изменение заставляет его регрессировать.

Это понятие генетической вязкости хорошо согласуется с исключительно слабым интеллектуальным динамизмом, который обнаружил у дебилов Michel Hurtig. Но умственная деятельность не всегда подчиняется законам чистой логики, как этого хотели бы Jnhelder и Michel Hurtig в своих опытах.

Изменяется хрупкость в зависимости от вида умственной де­ятельности. И ничто не мешает нам считать, что иерархия сла­бости умственных функций изменяется с возрастом и в зависи­мости от индивидуума или категории индивидуумов.

Свойственна ли дебилам особая форма слабости (неустой­чивости) и, если да, помогут ли нам ее специфические особен­ности (в этой области, как и в других) лучше проанализировать игру (действие) умственных функций? Так ставит вопрос Irene

Galan.

По правде говоря, ее статья, озаглавленная «Слабоумие и поражение мозговых функций», не дает ответа на этот вопрос Она представляет собой только первый этап исследования.

§ 18. Irene Galan хотела прежде всего сравнить психологи­ческий профиль больных с поражениями мозговых функций с психологическим профилем дебилов, достигших вершин своего

развития (больные от 15 до 24 лет). Она применяла тест Wechsler Bellevue. Определяя больных с поражениями мозговых функций, высказывают предположение, что избирательная недостаточность (элективная слабость) некоторых испытаний отражает ослабление этих функций. Этим избирательным ослаблением измеряется по­ражение больного, но в то же время оно говорит о большей или меньшей неустойчивости испытаний, которые включены в тест.

В случае слабоумия измеряют не степени снижения мозго­вых функций. Их повреждение в данном случае не вызывает сомнения. Измеряется только неравномерный характер разви­тия, достигшего известного уровня.

Поэтому производят сравнение между собой дисперсии (scatter), вызванной поражением, и дисперсии, вызванной гете­рохронией. Короче говоря, сравниваются инволюция больных и эволюция дебилов.

Полученные результаты вполне определенны, но на первый взгляд кажутся парадоксальными: наименее устойчивые испы­тания (кубики Кооса) дали у дебилов самые высокие результа­ты испытания; наиболее устойчивые к воздействию болезни и возраста (информация, понимание) дали плохие или посредствен­ные результаты у дебилов.

Впечатление парадокса вызывается, без сомнения, тем фак­том, что умственная структура слабоумных сильно отличается от структуры неслабоумных. Как хорошо показал проф. Лурия, дебилов характеризует недостаточность механизмов словесного мышления, того, что последователи Павлова называют второй сигнальной системой. Их избирательная недостаточность может, следовательно, значительно отличаться от различных видов не­устойчивости, которые наблюдаются при нормальном развитии. Как бы то ни было, недостаточность должна быть изучена в ее зависимости от гетерохронии. Вопрос остается открытым.

Первые полученные результаты намечают основную пробле­му умственной неустойчивости и в то же время вносят очень Ценный вклад в дифференциальную диагностику, способствую­щую отграничению поражения умственной деятельности от сла­боумия. Но они оставляют также основание для оговорки, каса­ющейся использования знаменитого показателя поражения, вуль­гаризированного тестом Wechsler.

Этот показатель требует подсчета разницы между устойчи­выми и неустойчивыми испытаниями; он применим только в том случае, если предположить, что у изучаемого больного был ис­ключительно гармоничен предшествующий уровень, что у него

было полное отсутствие гетерохронии. Благодаря работам Sloan, Bochm и Sarason мы раньше знали, а сейчас благодаря исследо­ванию Irene Galan знаем еще лучше, что показатель Wechsler не обладает значимостью для умственно отсталых детей.

§ 19. Благодаря статье Roger Perron горизонт расширяется. Приходится даже выйти за рамки понятия специфичности, ко­торым мы руководствовались до настоящего времени. «Мы не должны замыкаться,— говорит Perron,— в рамках особой специ­фикации для умственно отсталых детей, особенно если мы пе­реходим от характеристик умственного порядка к изучению лич­ности. Чтобы понять положительную сторону высказываний Perron, необходимо различать методику подхода и цель.

Если мы замкнемся с самого начала в рамках понятий и моделей, которые применимы только для дебилов, мы из них, возможно, никогда не выберемся. Но это нисколько не ограни­чивает возможности исследования специальной характеристи­ки, свойственной только умственной недостаточности». Иссле­дование возможных специфических черт слабоумного должно проводиться на основе понятий, применимых для всей психоло­гии в целом.

Интересно также указать, что для определения третьего пути, который является его собственным путем, Roger Perron исходит совершенно определенно из понятия гетерохронности в самой резкой формулировке, которую я ему предложил. По моему мнению, нет трех определенных путей, которые можно было бы различить, как это пытается сделать Perron. Но нетерпению, ко­торое проявляется в его слишком формальной тенденции к вы­яснению, соответствует нечто очень серьезное: проблема срав­нимости между собой гетерогенных групп, проблема, все труд­ности которой я когда-то подчеркивал, говоря о сравнении между собой близнецов и одиночных детей. Несмотря на множество точек зрения, на которых основывается наша наука, нам открыт только один путь: диалектический метод, который рассматрива­ет одновременно непрерывность некоторых переменных вели­чин и прерывность структур, существование элементов и со­единений этих элементов, в которых они приобретают свое пол­ное значение, оригинальные свойства этих структур, этих соединений и их сопутствующие количественные значения. Ка­кова бы ни была специфическая черта, она не отделена от все­го остального. Она следует общим законам, но при действии осо­бых условий, которые необходимо открыть и проанализировать.

§ 20. Условие, которое Perron считает необходимым для изу­чения личности умственно отсталых, можно выразить в одном понятии, которое, очевидно, относится не только к дефектоло­гии: ситуация неполноценности.

Perron использует метод а ргюг'ного определения степени удачного выполнения различных задач, которые предлагались больному. Из трех высказанных рабочих гипотез одна, касаю­щаяся непосредственно дефектологии, говорит a priori о том, что определения у дебилов будут слабее, чем у нормальных де­тей, потому что больные, привыкшие к неудачам, не рассчиты­вают на удачу.

Опыт показывает, что на самом деле все обстоит гораздо сложнее.

Надо различать случаи, когда дебил ставит свою удачу в за­висимость только от предполагаемой трудности задачи, от слу­чаев, когда он считает себя лучше других слабоумных детей из его класса или когда сравнивает себя с нормальными детьми. Во время исследования Perron обнаружил неожиданный резуль­тат, который не вытекал из его рабочих гипотез: дебилы, хуже развитые физически, чем другие (с меньшим ростом и весом), имеют совершенно определенную тенденцию считать себя луч­ше более высоких детей. Возможно, надо было бы подчеркнуть, что в специальных классах объективно самые высокие дети яв­ляются в то же время наиболее умственно отсталыми.

Заслуга статьи Perron в том, что она открывает новые перс­пективы, и мы многого ждем от продолжения его работ. Изучение личности находится еще в самом зачаточном состоянии, а для сла­боумных детей эти исследования практически не существуют.

§ 21. Работа Gaby Netchine затрагивает более скромные про­блемы. Ее задачей было только утвердить профиль-тип умствен­но отсталых детей.

Она считает, что в этом профиле-типе избирательная недо­статочность моторно-графических функций лучше всего характе­ризует слабоумных. По ее гипотезе, дебилы, у которых наблю­дается этот вид недостаточности, являются истинными дебила­ми или труднообратимыми умственно отсталыми.

Ее опыт заключался в том, что она составляла две группы Дебилов: одну, у которых проявилась моторно-графическая недо­статочность (тест Bender), а другую — не страдавших ею, и сравнивала умственную эволюцию этих двух групп в течение года.

Результаты подтвердили гипотезу, превышая все, на что можно было надеяться: лица, соответствовавшие профилю-типу, эволю­ционировали очень слабо: за год они прибавляли 3 месяца

23-НО5

умственного возраста; другие, не соответствовавшие профилю, развивались почти нормальными темпами: 10 месяцев за 1 год. Такие замечательные результаты приводят меня в некоторое не­доумение. Я легко допускаю, что нетипичные умственно отсталые дети являются псевдодебильным и, способными быстро восстанав­ливать утраченные функции в хорошей воспитательной среде, и допущение в достаточной степени подтверждает мою психограм­му. Опыты Gaby Netchine косвенно подтверждали наблюдения Michel Hurtig над социально не полноценными детьми.

Но замедление развития истинных дебилов вызывает у меня беспокойство. При таком темпе они менее чем за 3 года пре­вратятся в имбецилов. В этом вопросе не все еще выяснено.

Однако это подтверждается неоспоримыми фактами, уста­новленными на строго определенном контингенте.

С помощью этих факторов мы подходим к проблеме этиоло­гии и под некоторым углом зрения к проблеме прогнозов.

§ 22. Пытаясь понять связи между характеристикам умствен­ной деятельности и электроэнцефалограммой, Zairy и S. Netchine внесли новый вклад в решение всех вопросов, связанных с оп­ределением умственной отсталости. Имеются в виду этиология, диагноз и прогноз.

Известно, сколько споров вызывает понятие связи между интеллектом и некоторыми темпами мозговой деятельности. Ори­гинальные методы и работы наших авторов внесли значитель­ный вклад в изучение этой проблемы.

Их основная гипотеза заключается в том, что если суще­ствуют специфические виды ЭЭГ для различных умственных уровней, то эти виды меньше зависят от того или другого от­дельного показателя, чем от способа их сочетания.

Serge Netchine и Lairy удалось выделить модели мозговой организации, которые характеризуют различные умственные уровни. И это новый успех по сравнению с работой, которую мы вместе опубликовали несколько лет назад.

Но я вижу, что это очень серьезное открытие не исключает ги­потезу о том, что «изолированные» признаки тоже могут быть по­казателями умственного уровня. Я отмечал, что для больных одно­го и того же возраста медленный затылочный ритм прямо зависит от степени снижения умственного уровня, а быстрый затылочный ритм прямо зависит от степени повышения умственного уровня.

Здесь, как и в других областях, сравнение между дебилами и нормальными детьми выражается в количественной разнице и в специфическом различии структур.

**II. ОТ СЛАБОУМНОГО РЕБЕНКА К ПОДРОСТКУ. ПРОБЛЕМА ПРОГНОЗА**

§ 23. Вторая часть нашей работы касается проблемы прогноза при слабоумии и совсем не похожа на первую часть.

Она гораздо короче уже потому, что исследований в этой области меньше и начаты они были позднее. Но основное — это то, что она дает перспективу для исследований, коренным обра­зом отличающихся от тех, которые проводятся при разработке методов диагностики.

Мы исходили из вопроса, поставленного педагогической и профессиональной практикой: как происходит, что некоторые подростки, которые в детстве были определены как дебилы, про­фессионально и социально адаптируются до такой степени, что их нельзя больше считать дебилами? Был ли неправильно вы­числен IQ? Изменился IQ? Возможно ли другое объяснение?

Я уже говорил в этой {§ 3} и других статьях, к какому выво­ду мы пришли. В большинстве случаев не было ни ошибки в расчетах, ни улучшения IQ. Уровень умственного развития, оп­ределенный много лет назад, остается практически постоянным. Объяснение в другом: если IQ не меняется, то критерии адапта­ции и, возможно, также личность ребенка глубоко изменяются.

Первая и основная проблема — это узнать, по каким при­знакам окружающие могут считать, что подросток социально и профессионально адаптировался, т. е., короче говоря, каковы кри­терии дебильности и недебильности, так как в конце концов де-бильность определяется неприспособленностью к среде: школь­ной, профессиональной, социальной.

Вторая проблема, от которой в конце концов зависит воз­можность делать прогнозы,— это узнать, возникают ли призна­ки, которые мы отмечаем у подростка, внезапно и непредвиден-,но, или же эти признаки или по крайней мере некоторые из них можно обнаружить в детстве, но их не замечают из-за не­совершенства методов исследования или недостаточного внима­ния взрослых?

§ 24. Если при решении проблемы прогноза основываться на понятиях адаптации к среде, в таком случае приходится хотя бы 'временно отказаться от традиционных лабораторных методов.

Надо на месте провести наблюдение, как ведет себя слабоум-'ный подросток в классе, а также в мастерской, где начинается профессиональная подготовка. Статьи Robert Mandra, Maria Dubost и Claude Kohler вводят нас в школьную и профессиональную среду

этих подростков, которых только признак Binet — Simon объединяет диагнозом слабоумия.

Но недостаточно видеть, Мы хотим знать, почему некоторые из этих подростков адаптируются, а другие не адаптируются. Поэтому мы включили в нашу бригаду нескольких коллег из шко­лы с улицы Desprez, где для слабоумных подростков создано несколько классов предварительного профессионального обуче­ния. Кроме регулярных рабочих заседаний с директором, пре­подавателями и мастерами мастерских мы организовали посто­янную связь между лабораторией и школой: с помощью техни­ческих приспособлений, которые специально были изготовлены для этого исследования, одна из моих сотрудниц, Lucetle Merlet, провела наблюдение и анализ поведения подростков-дебилов в классе и в мастерских.

§ 25. Первые шаги, тщательные предварительные исследо­вания Lucetle Merlet, цель которых — понять изучаемую среду, точно сформулировать свои задачи и уточнить технические сред­ства, представляют небезынтересную часть ее работы. Мы яв­ляемся свидетелями реконверсии, разрыва с устаревшими ла­бораторными методами. Мы вместе высказали в конечном счете очень банальную гипотезу о том, что хорошая адаптация слабо­умного ребенка зависит от его моторных и сенсомоторных ка­честв, а также от черт характера. Lucetle Merlet говорит здесь о человеческих качествах, которые она определяет как способность легко установить контакты и связи с другими людьми.

Но кроме этого следовало бы количественно определить эти качества, точно описать их и распределить по категориям. Что­бы определить «человеческие» качества каждого больного, ис­следовательница обратилась к окружающим его лицам: к учите­лям, использовав опрос о характере и поведении ребенка; к его товарищам, применив социометрический опрос.

Для того чтобы определить моторные, сенсорно-моторные свойства и в более общем смысле стиль работы в мастерской, она провела непосредственные наблюдения с хронометражем, по схеме категорий, которые она выявила в период предвари­тельных наблюдений.

В настоящей статье мало говорится о социометрических ис­следованиях. Полный отчет был сделан в Бонне на Междуна­родном съезде психологов (I960). Mbt ограничимся здесь тем, что подчеркнем, что социометрическая формула каждого больного, т.е. сочетание положительных (+) и отрицательных {—} оценок, которым он подвергается, ясно передает его общественный ус­пех (положение) в группе после проверки этих сведений

путем сопоставления с мнением учителей. И, наконец, что име­ет первостепенное значение для понимания независимости фак­тора адаптации от критериев Binet — Simon, это то, что форму­ла популярности абсолютно не зависит от коэффициента умствен­ного развития.

Мы считаем, что социометрический опрос, до сих пор край­не редко применявшийся для изучения слабоумных детей, явля­ется очень эффективным методом для выяснения и измерения некоторых внеинтеллектуальных условий их адаптации.

§ 26. При современном состоянии наших исследований толь­ко метод систематического наблюдения дает пока наилучшие не­посредственные результаты. Опубликованные Lucetle Merlet циф­ры и графики удивительно точно характеризуют обследованных подростков. Эти четыре подростка были отобраны из-за несоот­ветствия диагностики по Binet — Simon и мнения учителей: двух из подростков преподаватели мастерских считали трудно адап­тирующимися и дебильными в самом полном смысле этого сло­ва, а двух других, наоборот, хорошо адаптированными и в об­щем умными, несмотря на IQ, равйый 0,60.

Опыт Lucetle Merlet должен был объективно оценить и объяс­нить впечатление учителей.

Действительно, оказалось, что двое ребят, которых считали «умными», давали лучшие и более быстрые ответы на задачи, которые им предлагались. В стандартизированных условиях вы­полнение одной и той же сапожной операции занимает несколько минут у двух первых подростков, полчаса у третьего и больше часа у четвертого. А ведь этот четвертый, медлительный, неэф­фективный, которого его учителя считали подлинным и неизле­чимым дебилом, является самым умным из четырех по тесту Binet — Simon. Его IQ составляет 0,79.

Подробный анализ поведения наших подростков позволил констатировать, что медлительность не зависит от их моторики, но объясняется потерей времени, отсутствием последовательно­сти, рассеянностью, недостаточностью организации и сосредо­точенности.

Противоположные качества организации, последовательность усилий также могут быть присущи дебилам, если задачи, кото­рые они выполняют, не требуют высокого уровня логики и аб­стракции. Возможно, эти качества и эти недостатки находятся в более или менее прямой зависимости от этиологии слабоумия, °т развития аффекта в историй воспитания дебила. В таких случаях вполне возможно, что эти черты могут быть обнаружены

**«7**

в раннем школьном возрасте, но при условии, если предложен­ные задачи будут обладать той сложностью и реальной значимо­стью, в которых может проявиться личность каждого индивида.

Остается связать между собой образ слабоумного подрост­ка, первые черты которого дает Lucetle Merlet, с образом, кото­рый получается при использовании в исследованиях наших ста­рых традиционных методов. Тогда и только тогда можно гово­рить о прогнозе.

§ 27. Работу по выявлению этой связи провели Marie Claude, Hurtig и Hilda Santucci. Исходя из профиль-типа, они стреми­лись увидеть, во что он превращается у подростков.

Это метод обратной инверсии по сравнению с хорошим пу­тем, так как для того, чтобы установить прогноз адаптации, на­оборот, в детстве надо было искать зачатки качеств, которые ему необходимы в юности. Наши сотрудницы это хорошо знают; но в ожидании лучших возможностей, располагая материалами, ко­торые можно было немедленно использовать, они решили удос­товериться в том, не содержат ли эти данные элементов, имею­щих прогностическое значение.

Но практически им пришлось довольно быстро ограничить­ся поисками того, как влияют на профиль некоторые измене­ния, возникающие у подростков, а это, конечно, нечто совсем другое, чем искать в «портрете» ребенка некоторые будущие чер­ты подросткового возраста.

Но эта работа не была бесполезной, она позволяет исследо­вать постоянство или возможные изменения некоторых черт характера, которые нам хорошо известны у дебилов школьного возраста.

§ 28. В данной работе со всей очевидностью и неоспоримо­стью доказывается факт постоянства профиль-типа: иерархия испытаний, наблюдавшаяся в школьном возрасте, без измене­ний повторяется в профиль-типе слабоумных подростков. Одна­ко, если иерархия испытаний остается идентичной, расхожде­ние между крайними данными испытаний уменьшается от 32 пунктов по QRs для школьной популяции до 20 для послешколь-ной популяции. Это уменьшение расхождения объясняется в ос­новном тем фактом, что относительный коэффициент Pointillage снижается с возрастом, а коэффициент Bender возрастает.

Marie Claude, Hurtig и Hilda Santucci давно и подробно ана­лизируют и комментируют этот факт.

Их гипотеза заключается в том, что стремление к положе­нию (статусу) взрослых мешает слабоумному подростку мобили-

зовать свои силы на деятельность, которую он считает детской (например, испытание на пунктирование), и, наоборот, он про­являет совсем другое отношение к деятельности, которая имеет социальную или интеллектуальную ценность (например, тест Bender).

Эта гипотеза имеет особое значение для будущих исследо­ваний. Ее значение также в том, что она привлекает внимание к факту, по которому с возрастом факторы, внешние по отно­шению к рациональному содержанию теста, могут изменять его значение.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

§ 29. Я попытался дать обзор работ, выполненных груп­пой психологов при больнице Henri Rousselle, на тему о слабо­умии, указать их основные направления и результаты.

Конечно, мы не первые говорили о том, что коэффициент умственного развития недостаточен ни для диагностики, ни для прогнозирования случаев слабоумия.

Мы также не первые, кто исследовал специфику слабоум­ного ребенка. В 1905 г. при публикации своего знаменитого те­ста, который как бы уподобил слабоумного ребенка нормально­му, сам Binet заявил: «Между нормальным и слабоумным ре­бенком обязательно существуют явные и скрытые различия. Возможно, когда-нибудь мы сможем выделить признаки психи­ческой отсталости, совершенно не зависящие от возраста. Это должно явиться темой будущей работы».

Нам надлежит выполнить эту программу работы, которую преждевременная смерть Binet помешала закончить.

Определяя специфические черты, признаки отсталости, не зависящие от возраста, мы стремились отличить дебила не только от нормального ребенка, но и от детей с другими формами не­полноценности.

Мы попытались пойти дальше и осуществить в этой работе еще одну мечту Binet: перейти от диагноза к прогнозу. Эта за­дача труднее, и мы выполнили только подготовительный этап.

Мы будем удовлетворены уже тем, если сможем убедить чи­тателей, что прогноз в этой области не является простой транс­позицией диагноза в будущее.

В какой мере и каким образом дифференцированные описа­ния настоящего, которым мы посвятили наши основные усилия, являются диагностическими и в какой мере связаны диагноз и прогноз?

Дифференцированное описание настоящего должно являть­ся связью между прошлым и будущим, между этиологией и про­гнозом. Это установленный факт, но он обретает свое полное значение, становится различительным признаком, диагнозом, только если он соответствует закономерностям этиологии и вхо­дит в контекст установленного пути дальнейшего развития.

Так как мы располагаем только данными о настоящем, то мы должны работать, основываясь на этих данных, не зная, с чем они связаны. Но закономерности можно выявлять и на от­дельных случаях. Например, наш профиль-тип и его варианты могут быть установлены на случаях, где данные анамнеза и не­врологических исследований дают точные сведения об этиоло­гии. Таким образом, раз установленный профиль может служить для диагностики этиологии тех случаев, о которых мы ничего не знаем.

В направлении прогноза проблема ставится иначе. Законо­мерности эволюции зависят от органических факторов, от этио­логии, а также от влияния воспитания и, наконец, от психоло­гической траектории, которая не может быть линейной.

Умственная отсталость не может определяться только темпа­ми интеллектуального созревания, о которых мы знаем, что они остаются почти постоянными в детстве. Слабоумие — относитель­ное понятие в плане некоторых социальных критериев, а также состояние, которое качественно эволюционирует с возрастом.

Если это так, то абсолютно точный прогноз фактически не­возможен не только из-за несовершенства наших знаний, но и по существу.

Мы должны себя поздравить с таким широким полем дея­тельности. Это — поле свободы действий, где осуществляется формирующее и трансформирующее влияние среды. Это — от­рицание фатальности.

Без сомнения, мы никогда не сделаем из подлинного дебила человека со средним интеллектом. Но интеллект не обязателен для того, чтобы приспособиться к среде, чтобы пройти «незаме­ченным», по удачной формуле Maudra.

Лучшее знание минимальных требований общества, более тщательное изучение возможностей слабоумных детей позволят адаптировать дебила в большинстве случаев к своей среде. Ра­бота, проводимая Maria Dubost, подтверждает это еще раз.

Мы должны стараться обнаружить в детстве у слабоумного ребенка все элементы прогноза, с тем чтобы в конце концов опровергнуть этот прогноз.

**В. А. Новодворская**

**ОСОБЕННОСТИ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ1**

Игровая деятельность является ведущей в дошкольном возрасте, что дает основание для использования ее как в диаг­ностических целях, так и в качестве одного из способов реаби­литации.

Игра умственно отсталых детей неоднократно описывалась. Все эти работы основываются на непосредственном наблюде­нии за поведением детей. Игра ребенка-дошкольника неглубо­кой степени отсталости с первого взгляда незначительно выде­ляет его из группы нормальных детей. Постепенно отличия в его поведении все больше и больше бросаются в глаза стерео­типностью движений, бедностью сюжета, упрощенностью, а ча­сто и неадекватностью действий. Однако если попытаться уточ­нить первоначальное впечатление и начать тщательно и по­следовательно сравнивать выявленные особенности с игрой нормальных детей (например, с диагностической целью), то ока­жется, что ни один из таким образом выявленных дефектов игры умственно отсталого ребенка не может служить критерием его отсталости, так как постоянно присутствует и в игре нормаль­ных детей.

Действительно, игровое поведение умственно отсталого ре­бенка стереотипно. Но, например, в наших записях игры нор­мальных детей 6—7 лет ребенок за 45 минут наблюдения про­играл только 4 действия, причем одно из них повторил 10 раз, второе — 5, третье — 2, четвертое — 1 раз.

Приблизительно так же играли остальные дети. Девочка 4,5 лет за 47 минут игры проделала только 3 вида действий: одно — 21 раз, второе — 5, третье — 3 раза. Основываясь на записях игры нормальных детей 4—7 лет (всего около 30 часов), мы мо­жем утверждать, что такая стереотипность присуща и нормаль­ной игровой деятельности.

Характеризуя игру умственно отсталых детей как бедную, с Упрощенным сюжетом, мы попадаем в область еще далеко не решенных в детской психологии вопросов о том, чем один игровой сюжет отличается от другого, можно ли их сравнивать ро числу участников, по количеству используемых игровых Предметов, по отражаемому в них содержанию, по степени

Тезисы докладов конференции «Проблемы патопсихологии», январь 1973 г. М., 1972, стр. 254—262.

эмоциональной «зараженности» участников и тому подобным плохо поддающимся объективации параметрам. Это затрудняет применение их в дошкольной патопсихологии.

Таким образом, обычное наблюдение не позволяет достаточно строго оценивать особенности игры отстающих в развитии детей.

Быть может, единственное, что отличает при обычном на­блюдении умственно отсталых детей от нормы,— это продолжи­тельность их игр. В норме начиная с 3—4-летнего возраста игры длятся от 10—15 минут до нескольких дней (Эльконин, 1960). По нашим данным, у 4—5-летних детей в среднем 25 минут, у 6—7-летних детей в среднем 60 минут. По данным Н. Д. Соко­ловой (1971), у умственно отсталых дошкольников средняя про­должительность игр около 7 минут. Наши данные говорят о ее значительном разнообразии. Продолжительность игр у каждого в отдельности ребенка относительно устойчива, но в целом она варьирует у разных детей от 2—3 до 80 минут, что значительно меньше, чем в норме (см. таблицу). К сожалению, весьма вели­ка вероятность того, что разные авторы пользовались разными критериями лдя определения временных границ одной игры, чем ставится под сомнение, если не сводится на нет, ценность при­водимых цифр.

Таблица

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Параметры | Норма (средние значения) | | Дети с резидуальными поражениями ЦНС (6—7лет) | | | | | |
|  | 6-7 лет | 4-5 лет | Ш.А. | М.Ю. | П.Н. | А.Н. | К.С. | Ч.К. |
| 1. Продолжительное!1! одной игры (мин.) | 60 | 25 | 12 | 11 | 20 | 2 | 1-2 | 2-3 |
| 2. Общее число про­игранных единиц | 36 | 24 | 34 | 23 | 40 | 19 | 10 | 5 |
| 3. Число видов проиг­ранных действий | 5 | 2 | 7 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 |
| 4. Число максимально доступных уровней игрового действия | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 5. Преобладающее число уровней игрового действия | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |

Итак, мы оказываемся в положении, когда игра умственно отсталых детей явно отличается от игрового поведения нормаль­ных, но простое наблюдение не позволяет, как нам кажется, бо­лее четко выявить эти отличия, что и послужило причиной про­ведения данного исследования.

Разработанный метод анализа игры дошкольников вытекает из системно-структурного подхода. В весьма полной протоколь­ной записи игры, фиксирующей все действия и высказывания ребенка, выделяются по немногим достаточно строгим прави­лам отдельные игровые действия и их операции. Между элементами игровых действий устанавливаются связи, графи­ческая или цифровая фиксация которых позволяет выявлять структуру (линейную или иерархическую) выделенных игровых действий. В их иерархическом строении расположение опера­ций позволяет численно оценивать уровни и другие параметры.

С помощью этого метода было проанализировано игровое поведение 6 детей с резидуальными органическими пора­жениями центральной нервной системы в возрасте 6—7 лет. Дети находились в разной степени умственной отсталости: от уровня, соответствующего нижним границам нормы — Ш. А. (диагноз: эписиндром, резидуальное поражение ЦНС) до олигофрении в степени выраженной дебильности — Ч.К. Запись проводилась в условиях свободной групповой игры в привычной детям обста­новке. Одно наблюдение длилось в среднем около 50 минут.

Анализ полученных протоколов и сопоставление его резуль­татов с данными игры нормальных детей 4—7 лет из обычного детского сада показали эффективность применявшегося метода. Она проявилась в том, что почти по всем выделяемым этим ме­тодом параметрам игра умственно отсталых детей значительно отличается от игры нормальных, и разница тем существеннее, чем глубже степень отсталости (см. таблицу).

**1.** ***Время игры.*** Данные приводились выше.

2. ***Общее число игровых действий*** есть число действий, про­игранных ребенком за время одного наблюдения. Этот показа­тель в среднем приблизительно в 1,5 раза меньше, чем у нор­мальных детей соответствующего возраста (см. таблицу). Срав­нительно небольшой разрыв можно объяснить тем, что нормальные

! дети проигрывают гораздо более сложные действия. Они состоят ; из большего числа операций, отнимая и большее время.

Как видно из таблицы, общее число проигранных за одно наблюдение действий значительно снижается с увеличением сте­пени отсталости ребенка. Результаты Ш. А. близки усредненной норме ее возраста, у Ч. К. — меньше примерно в 5 раз.

Столь значительная разница не означает бездействия Ч. К. во время игры. Она является следствием применявшегося мето­да обработки протокола, который относит к игровым действиям лишь строго определенные семантически целостные виды игро­вого поведения. В них не входят игровые манипуляции **с** пред­метами, занявшие у Ч. К. почти все время.

В наблюдении игра Ч. К. выглядела как сплошной поток ма­нипуляций. Он брал, казалось, первые попавшиеся игрушки, сту­чал ими, вертел, разглядывал, бросал, пытался сломать, перено­сил с места на место и т. п. По результатам наблюдения, было очень трудно соотнести его игру даже с игрой 4-летних нор­мальных детей. Однако после анализа протокола выяснилось, что мальчик с диагнозом олигофрения в степени выраженной де-бильности тоже проигрывал действия, составляющие игру нор­мальных детей, но чрезвычайно простые. Применявшийся ме­тод позволил выявить присутствие в его игре этих действий.

3. ***Виды действий,*** проигранные за время наблюдения. Игра как нормальных, так и умственно отсталых детей состоит из варьирования небольшого числа (максимально 8, по нашим дан­ным) игровых действий. Дети снова и снова возвращаются к ра­нее проигранному. Например, девочка 4 лет, играя в парикма­хера, усаживает куклу на стул, стрижет ее ножницами, мажет помазком и бреет, потом опять стрижет, заново усаживает кук­лу на стуле, бреет, стрижет, стрижет, бреет и т. д.

В норме число и виды действий, входящих в этот реали­зуемый «репертуар», зависят от многих причин. В частности, от проигрываемого содержания (в смысле, приданном ему Д. Б. Эль-кониным, 1960), от индивидуальных особенностей ребенка, его осведомленности и т.п. В среднем же число видов проигрывае­мых действий в норме растет от двух-трех в возрасте 4—5 лет к устойчивым пяти у 6—7-летних.

По содержанию виды проигрываемых действий обычно тя­готеют к одному, реже — двум сюжетам, но встречаются и се­мантически далекие, с точки зрения взрослого, включения.

Этот параметр хорошо характеризует игру умственно отста­лых детей (см. таблицу), «репертуар» Ш. А. (7 видов действий) даже больше усредненного «репертуара» нормы (5 видов). С уве­личением степени умственной отсталости число видов проигры­ваемых действий падает до 2.

Рассмотрение числа видов проигрываемых действий позво­ляет придать некоторую количественную, пригодную для срав­нения форму бросающейся в глаза при обычном наблюдении

бедности, упрощенности игры умственно отсталых детей. Ясно прослеживаемая связь этого параметра со степенью умствен­ной отсталости может служить основанием для разработки его применения в диагностических целях.

4. ***Уровневое строение действий.*** Применявшийся метод ана­лиза игрового поведения позволяет каждому выделенному игровому действию ставить в соответствие графическое или цифровое изображение участвующих в действии операций и связей между ними. Тем самым мы получаем возможность срав­нивать отдельные игровые действия между собой по количе­ственным показателям. Одним из таких показателей может слу­жить число уровней, на которых располагаются участвующие в действии элементы. В качестве иллюстрации приведем ус­ложнение часто встречающегося в детской игре действия «укол».

Ребенок прикасается одним игровым предметом к другому, говорит, что сделал укол — линейно построенное действие. В «шприц» набирается лекарство, он протирается ватой, «больной» усажен на стул — 2-уровневое действие. Лекарство приготавли­вается, затем набирается в «шприц», который протерт ватой, «больному» делается укол — 3-уровневое действие.

Игровые операции как бы опосредуются. Завершение дей­ствия с увеличением числа уровней все дальше и дальше ото­двигается от начала игры и во времени, и по числу участвую­щих в действии операций.

Игру как нормальных, так и умственно отсталых детей мы оценивали по максимальному числу уровней доступных ребен­ку игровых действий, а также по наиболее часто встречающемуся, типичному для данного ребенка числу уровней в его действиях.

У всех наших 6—7-летних умственно отсталых детей макси­мально доступное число уровней оказалось одинаковым с 4—5-летними нормальными детьми. Но если в норме преобладают 3-уровневые действия как в 4—5-летнем, так и в 6—7-летнем воз­расте, то у умственно отсталых детей число уровней типичных действий снижается с увеличением степени умственной отста­лости до 1. Таблица позволяет ясно проследить эту связь.

Параметр «уровневое строение игровых действий» можно интерпретировать в нескольких смыслах. Например, как пока­затель возможности планировать свои действия, так как каж­дый предыдущий уровень служит подготовкой, созданием усло­вий для проведения последующего.

Связи и взаимодействия между игровыми предметами го­раздо стабильнее самих участвующих в действии предметов.

В одной и той же игре нормальных детей «врачом» может быть сам играющий и его партнер, «больным» — и кукла, и мишка, и партнер. Наконец, ребенок может одновременно исполнять роли «больного» и «врача», т. е. лечить самого себя. Постоян­ным остается лишь связь больной — врач, отношение лечения.

С другой стороны, Л. С. Выготский обратил внимание на яв­ление, которое и мы непрестанно наблюдали: «В наших опытах мы неоднократно сталкивались с таким положением вещей, когда ребенок, приступая к решению задачи, удивительным образом не использует явно находящихся в поле его зрения вещей, как бы молча допуская, что он должен действовать в ситуации по известному правилу» (1934).

Напрашивается — быть может, спорный — вывод о том, что фиксируемые в уровневой структуре связи и есть те самые пра­вила, которые вначале присутствуют в ситуации во внешней предметно-действенной форме, давая линейные, одноуровневые действия, а затем постепенно интериоризуются, все более осво­бождая ребенка от связанности игровым предметом, повышая тем самым число уровней игрового действия. Итогом этого про­цесса служат игры с правилами (Эльконин, 1960), где участие игровых предметов, занимая относительно незначительное мес­то, носит факультативный характер.

В случае верности этой гипотезы разницу между числом максимально доступных уровней действия и числом чаще все­го встречающихся уровней в игре ребенка можно интер­претировать как различие возможностей пассивного понима­ния правил определенной сложности (реализующегося лишь изредка, при благоприятных условиях) и возможностей актив­ного использования действий, построенных по более простым правилам.

Все наши дети с резидуальными органическими пораже­ниями ЦНС хотя бы однажды проиграли 3-уровневое действие, т. е. правила этой сложности доступны их пониманию.

Однако преобладающими в их игре оказались действия, по­строенные по правилам, заключенным в чувственно-предметных свойствах игрушек.

Отдельно приведенные в таблице данные по игре нор­мальных 4—5 летних детей призваны показать, что игровое по­ведение умственно отсталого ребенка отнюдь не сводится к игре ребенка младшего возраста. В самом деле, опираясь на полу­ченные результаты, мы можем утверждать, что здесь имеются качественные различия, природа которых требует дальнейшего исследования.

Выделенные параметры игрового поведения детей позволяют, как нам кажется, придать некоторую количественную, пригод­ную для объективного сравнения форму отмечаемым при обыч­ном наблюдении особенностям игры умственно отсталых детей. Прослеживаемая связь этих параметров со степенью умствен­ной отсталости может служить основанием для разработки их применения в диагностических целях.

**Д. Н. Исаев**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПСИХИЧЕСКОГО НЕДОРАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ1**

**ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ**

Необходимость и важность отграничения состояний общего психического недоразвития от клинически сходных яв­лений диктуется несколькими обстоятельствами. Прежде всего оно связано с трудностью диагностики самого психического недо­развития. Ни большой клинический опыт врача, ни одна из пси­хологических методик не гарантируют безошибочного распозна­вания умственной отсталости у детей, особенно в раннем возрасте. В этих условиях надеяться поставить диагноз, не со­поставив картину нарушений с другими, на первый взгляд по­хожими заболеваниями, необоснованно и опасно, если учесть вытекающие для ребенка и семьи последствия.

Многие синдромы общего психического недоразвития очень сходны с целым рядом состояний, в основе которых лежит не умственная отсталость, а другие нарушения психики: речевые расстройства, моторные нарушения, отклонения поведения и т. д. Невыраженность симптомов и атипичность симптомокомплексов психических расстройств в детском возрасте делают подчас сложным даже отграничение дефицитарной симптоматики от продуктивной. В то же время без такой дифференциации нельзя решить один из основных вопросов: процессуальный или рези-дуальный характер имеет заболевание, т. е. без знания этих осо­бенностей психопатологии не может быть точной диагностики умственной отсталости. Различный подход к лечебно-реабилита­ционным мерам при состояниях общего психического недораз­вития и при других психических заболеваниях делает разграни­чение между ними особенно важным.

В связи с нередко наблюдаемым клиническим сходством от состояний психического недоразвития следует отграничивать следующие психические расстройства: 1) шизофрению, болезнь Геллера, органические (энцефалитические, травматические) и симптоматические психозы; 2) синдром раннего детского аутиз­ма; 3) органические синдромы: церебральный паралич, хорею Гентингтона, синдром Жиль де ля Туретта, травматическую эн­цефалопатию, синдром Корсакова, церебрастенические, апато-абулические состояния, синдром гиперактивности и слабоумие;

1 *Исаев* Д. *И.* Психическое недоразвитие у детей. Л., 1982, стр. 164—180.

368

4) эпилепсию; 5) парциальное психическое недоразвитие, свя­занное с задержкой речевого развития, отставанием школьных навыков и психомоторики; 6) психический инфантилизм; 7) син­дромы нарушенного поведения: невропатический, психопатичес­кий; 8) астенический синдром; 9) психогенные и депривацион-ные состояния: утрату навыков, псевдодеменцию, госпитализм, сенсорную и эмоциональную депривацию, семейно-бытовую и воспитательную запущенность. Мы намеренно здесь приводим перечень практически всех тех синдромов, которые могут со­здавать трудности при диагностике, производя впечатление ум­ственной отсталости. Этим мы хотим показать, что дифферен­циальный диагноз проводится вовсе не с каким-то неясным со­стоянием «псевдодебильности» (Lauren Y. М., 1969; CharlinA., 1969), «фальшивой отсталостью» (HeuyerG., 1969), «псевдосла­боумием» (KannerL., 1949), а реальными заболеваниями, имею­щими место в клинической классификации. Задача психиатра состоит в том, чтобы выявить истинную причину так называе­мой псевдоотсталости и назначить соответствующее лечение, со­здав, когда это необходимо, программу на значительный проме­жуток времени для стимуляции оставшейся неизменной части психики с целью коррекции развития. В связи с расплывчатос­тью понятия «задержка психического развития», охватывающе­го, с одной стороны, расстройства поведения и запущенность, а с другой — состояния, практически неотличимые от умственной отсталости (некоторые формы органического инфантилизма), целесообразнее пользоваться более точными обозначениями кли­нических синдромов (Мнухин С. С, 1968). К этому можно доба­вить, что термин «задержка» характеризует лишь одну сторону клинического явления, а именно уровень интеллектуального развития, тогда как современная психиатрия ставит вопрос о многосторонней оценке, охватывающей клиническую характери­стику, интеллектуальный уровень и этиологические (биологичес­кие и психосоциальные) факторы.

**Отграничение от шизофрении, других психозов детского возраста и раннего аутизма**

**Отграничение от детской шизофрении.** Между состоя­ниями психического недоразвития и шизофренией имеется глу­боко принципиальное различие. Первые — это дефекты психики, возникшие в результате помех, вставших на пути нормального со­зревания интеллекта, вторая — либо текущий, либо отзвучавший болезненный процесс. Иными словами, шизофрения отличается

динамично появляющейся, развивающейся и затем редуцирую­щейся продуктивной симптоматикой, тогда как при умственной отсталости никаких процессуальных явлений нет. Однако в детс­ком возрасте разграничение психической отсталости и психозов нередко представляет значительные трудности. Во-первых, это связано с тем, что у детей психотическая симптоматика лишена яркости, стерта и рудиментарна, а при медленном развитии за­болевания и вовсе не выражена. Во-вторых, чем младше ребенок, тем больше в процессе развертывания психоза наслаивается ин­теллектуальных изменений, которые нередко затушевывают более специфические симптомы. В-третьих, часто бывает трудно выя­вить столь важный для дифференциальной диагностики пред­шествующий психозу период психического здоровья. При нали­чии же дизонто генетических явлений ситуация усложняется еще больше. В-четвертых, преобладание вялых типов течения у млад­ших детей почти полностью лишает симптоматику психоза убе­дительных признаков. В то же время дифференциальному диаг­нозу помогает тот факт, что структура интеллекта отсталых более равномерна, чем при шизофрении. Если же умственно отсталому свойствен тот или иной вид односторонней одаренности (музы­кальная, графическая, способность к счету), наклонность к резо­нерству, бесплодное мудрствование с хорошей механической памятью, то квалификация его состояния окажется сложной. Од­нако сходство такого больного с больным шизофренией ограничи­вается диссоциацией между богатым лексиконом и низкой продук­тивностью. У него невозможно обнаружить шизофренические расстройства мышления и эффективности, его основное наруше­ние — недоразвитие познавательной деятельности. С. Koupernik (I960) подтверждает эту мысль, говоря, что наибольшую трудность среди психозов для диагностики представляют вялотекущие, а среди случаев умственной отсталости те, при которых в клинической кар­тине имеются странности и неравномерный тип дефекта.

Отграничение легких форм олигофрении от шизофрении, как правило, значительных трудностей не представляет. Для них ха­рактерны более или менее соразмерное нивелирование интеллек­туального профиля и типичный ход развития. В то же время «ори­гинальные», «странные», «копающиеся в себе», малоконтактные, сверхподвижные, тревожно-возбужденные дети с дебильностью нередко требуют серьезной диагностической работы. Обнаруже­ние неврологических симптомов, психической истощаемости, не­равномерности или выпадения некоторых психофизиологических функций делает более вероятным резидуально-органическую, а

не шизофреническую этиологию дефекта. Тяжелые и глубокие формы олигофрении при наличии эхолалии, эхопраксии, аутис-тических форм поведения («псевдоаутизм»), вычурных, кататоно-формных моторных проявлений, особенно в 3—4-летнем возрас­те, также могут ввести в заблуждение (Wieck Ch., 1965).

По нашему мнению, наибольшие сложности возникают в связи с отграничением атонической формы психического недо­развития. Как уже показано, в ее клинической картине преоб­ладают нарушения целенаправленной активности (от аспонтан-ности до акатизии), недостаточность интереса к окружению, аффективная незрелость и неустойчивость, недифференцирован-ность эмоций, слабость инстинктов, отдельные стереотипии. Вся эта симптоматика нередко напоминает детскую шизофрению или аутизм. Однако у отсталых уже с рождения или в самом ран­нем возрасте резко замедлен темп как психического, так и моторного развития, весьма слаба память. Несмотря на все не­совершенство речи и ее нарушения, у отсталых она служит средством общения. Недостаточная общительность больных объясняется не тем, что они активно отгораживаются от окру­жающего мира, а их неумением вступить в контакт. Их аф­фективная жизнь действительно беднее и менее дифференци­рована, чем у других отсталых, но она не извращена и не от­сутствует вовсе, как это имеет место при шизофрении. Больные с атонической формой недоразвития привязаны к своим близ­ким, способны интересоваться играми, не чуждаются детского коллектива. У них отсутствует продуктивная психотическая сим­птоматика, а возможные колебания в психическом статусе обычно связаны с неблагоприятными внешними обстоятельствами или вредностями и никогда не завершаются стойкими ухудшения­ми, которые можно было бы рассматривать как шизофрени­ческую деградацию.

**Отграничение от раннего детского аутизма.** Атоническая форма недоразвития отличается от него тем, что поведение боль­ного определяется грубой апрозексией, недоосмышлением си­туации и своего в ней места. Рано появляющееся стереотип­ное поведение обычно очень примитивно (выкрикивания, под­прыгивания) и практически не меняется, отличаясь от более Дифференцированных и редуцирующихся с течением времени эутистических ритуалов. При психическом недоразвитии посред­ством шкалы Векслера (ABM —WISC) обнаруживают при мень­ших результатах более низкие показатели по невербальным суб­тестам, меньший разрыв между вербальным и невербальным

*->л\** 371

показателями, меньший диапазон различий по субтестам, чем при детском аутизме (Каган В. Е., 1981). Из четырех критериев, используемых М. Rutter (1978) для диагностики аутизма, пси­хическое недоразвитие может быть отдифференцировано на основании несоответствия трем из них: иного типа развития навыков общения, отсутствия своеобразных языковых рас­стройств и стремления к сохранению неизменности порядка вещей или ситуаций.

**Отграничение от болезни Геллера.** Диагностируя тяжелые и глубокие состояния общего психического недоразвития, приходится иметь в виду редко встречающуюся инфантиль­ную деменцию Геллера, которая является скоротечным атро-фическим церебральным процессом. Болезнь Геллера возни­кает после нормального психического развития в первые годы жизни, начинается в 3—6-летнем возрасте периодом резко воз­бужденного, пугливого поведения, грубыми, выходящими на первый план речевыми расстройствами, завершающимися полной утратой речи, сохранностью моторных функций и отсут­ствием локальных поражений ЦНС, быстрым, в течение 1—**lVj** лет, исходом в глубокое слабоумие, своеобразным «не-имбецильным» выражением лица. Таким образом, от умст­венной отсталости это заболевание отличается утратой речи, отсутствием неврологических и дисгенетических симптомов, выражением лица, резко контрастирующим с глубоким интел­лектуальным дефектом.

**Отграничение от симптоматических психозов.** Эта задача ставится нечасто, так как в детском возрасте указанные пси­хозы встречаются редко. Однако если в ходе их течения фор­мируется психический дефект органического происхождения, то он иногда может быть расценен как психическая отсталость, осложненная теми или иными аффективными и другими рас­стройствами поведения. В этом случае дифференциальная диаг­ностика должна проводиться на том основании, что при психи­ческой отсталости нет предшествующего благополучного раз­вития и что интеллектуальный дефект при ней, как правило, более равномерен. Удается также отметить, что психозу пред­шествует вызвавшая его вредность (инсоляция, сепсис, травма головы и т.д.). Кроме того, острый период психоза проявля­ется продуктивной симптоматикой: расстройством сознания, вос­приятия, мышления, эффективности, волевой сферы, что нахо­дит отражение в анамнезе и облегчает диагностику.

479

**Отграничение от преходящих интеллектуальных нарушений органического происхождения**

Не только непосредственно вслед за нейроинфекция-ми, черепно-мозговыми травмами и другими грубыми повреж­дениями мозга, но и в отдаленном периоде могут возникать син­дромы преходящих или стойких интеллектуальных нарушений. К органическим функционально-динамическим расстройствам относятся церебрастения, апато-абулический синдром, брадиф-рения и состояние гиперактивности.

**Отграничение от церебрастении.** От нее психическое недо­развитие отличается тем, что церебрастения обычно выражается в истощаемости, раздражительности, сенсорных расстройствах, головных болях, головокружениях. Среди интеллектуально-мне-стических расстройств преобладают негрубые расстройства вни­мания и памяти.

**Отграничение от апато-абулического синдрома.** Этот син­дром, как правило, проявляется спустя определенное время после исчезновения острых явлений, нередко сочетаясь с церебрасте-нией. Основные нарушения при этом синдроме не интел­лектуальные — последние всегда вторичны. Наиболее характерны вялость, снижение активности и побуждений, проявляющихся, в частности, и в умственной деятельности. Встречаются случаи, когда симптомокомплекс ассоциируется с выраженным замед­лением интеллектуальной активности — брадифренией.

**Отграничение от состояния гиперактивности.** Это непроцес­суальное нарушение психики, обычно резидуально-органической природы, складывающееся из отвлекаемости и неустойчивости внимания, эмоциональной лабильности и раздражительности, неравномерности и недостаточной целенаправленности интел­лектуального функционирования и нестабильности поведения. Из этого явствует, что основные симптомы в отличие от общего пси­хического недоразвития проявляются не нарушениями мышления, а отвлекаемостью, истощаемостью, неудовлетворительно распре­деляемым и координированным вниманием, а также связанны­ми с ними затруднениями запоминания и воспроизведения. Кро­ме того, интеллектуальная продуктивность у этих больных огра­ничивается особенностями поведения и психомоторики. Все синдромы, с которыми здесь проводилась дифференциальная диагностика, обратимы и с течением времени при отсутствии хронических процессов или грубых последствий поражения смяг­чаются и исчезают. Помимо продолжительного наблюдения, вы­являющего положительную динамику этих синдромов и особенно

47 Ч

при терапевтическом вмешательстве, в дифференциальной ди­агностике помогают психологические исследования. Последние констатируют неплохой уровень обобщения, но повышенную утомляемость и неравномерную интеллектуальную продуктив­ность. Отграничению помогает также и то, что при этих синд­ромах, в отличие от отсталости, при стимуляции возможно до­биться большей интеллектуальной продуктивности.

**Отграничение от органической деменции**

Стойкие интеллектуальные дефекты — результат не­благоприятного исхода инфекционных, интоксикационных, сомато­генных, травматических и других поражений мозга. Нередко из-за значительного сходства основных психических нарушений при органической деменции с симптоматикой при умственной отста­лости разграничение между ними становится трудной задачей. Дифференциальный диагноз осложняется также еще и разнооб­разием синдромов органического слабоумия. Последнее зависит от этиологии и механизмов действия вредности, приведшей к ин­теллектуальному дефекту, от структуры деменции, возраста ре­бенка и его преморбидных особенностей, а также от воспитания и принимаемых лечебных мер. Дифференциальный диагноз стро­ится на основе не только различий в структуре психических на­рушений, но и всей клинической картины. Так, у больных с орга­нической деменцией, как правило, отсутствуют проявления дисп-ластичности, пороки и уродства органов и систем. Обычно моторная координация и выразительные движения сохраннее. Если же возникают речевые или психосенсорные нарушения, то они имеют более локальный характер. С интеллектуальными на­рушениями чаще сочетаются моторная и сенсомоторная алалия, оптическая и сенсорная агнозия, оптико-вестибулярные расстрой­ства. Относительно часто в клинической картине наблюдаются симптомы очаговых поражений нервной системы (парезы, пара­личи, фокальные эпилептиформные проявления).

У части больных может быть более или менее стойкая утра­та ранее приобретенных навыков и речи. Дошкольники теряют способность обслуживать себя, дети школьного возраста разу­чиваются читать, писать, считать (МнухинС. С, 1948; Барыки­на А. И., 1954). Следы потери навыков могут быть в структуре сформировавшегося слабоумия, не всегда восстанавливается пол­ностью словарный запас. Снижение уровня обобщения — одна из отличительных черт этих состояний больных, другая — их не­достаточная продуктивность и истощаемость. Кроме того, у многих

из них имеется брадифрения — замедление процессов мышле­ния и нарушение их логического строя.

Для детей со снижением побуждений к деятельности харак­терны апатия, вялость, пассивность, выраженная склонность к застреванию на одних и тех же формах активности и мышле­ния. Почти у всех наблюдаются уплощение личности, более рез­кое снижение критики, чем это можно объяснить интеллекту­альным дефектом. Больные с преимущественным нарушением целенаправленности мышления отличаются также и выражен­ными мнестическими расстройствами, обманами памяти, затруд­ненным запечатлением текущих событий.

При неглубоком слабоумии, возникшем в школьном возрасте, запас знаний может быть большим, чем при легком психичес­ком недоразвитии в этом же возрасте. Только совокупность всех имеющихся клинических признаков, а также психологические, электрофизиологические, пневмоэнцефалографические, рентге­нографические и другие лабораторные данные могут эффектив­но помочь в разграничении этих двух клинических синдромов.

**Отграничение от эпилептической деменции**

Дифференциальный диагноз с эпилептическим слабо­умием многосложен. С одной стороны, эпилептическое слабо­умие может наблюдаться и при долгом отсутствии припадков, исчезнувших в связи с лечением или спонтанно; с другой — и при состояниях психического недоразвития возможны эпилеп­тиформные расстройства, которые могут быть обусловлены орга­нической природой заболевания. Принципиальное отличие между ними заключается в том, что эпилепсия—это развивающийся процесс, в ходе которого в большей или меньшей степени на­растает интеллектуальный дефект; слабоумие же при психичес­ком недоразвитии — стационарно. Другое существенное отли­чие— структура слабоумия (Фролов Б. Г., 1976). Столь типичная у взрослых, она варьирует у детей в зависимости от возраста. Все же замедленность и вязкость мышления, персеверации, де­тализирование вместе с нарушениями памяти могут быть осно­ванием для разграничения эпилептической деменции и отстало­сти у подростков. У большинства детей эти особенности эпи­лептической психики менее явственны и встречаются реже (КаубишВ. К., 1972). В связи с этим при диагностике приходит­ся опираться на менее выраженные замедление и тугоподвиж-ность в интеллектуально-мнестической сфере, упрямство и тен­денцию к более или менее застойному аффекту.

**375**

Эпилептические изменения личности: полярность аффектив­ных проявлений от вязкости до эксплозивности, «гиперсо­циальность» (педантичность, упорство, усидчивость, скрупулез­ность, склонность к тщательному отделыванию деталей в рабо­те, стремление во что бы то ни стало к порядку), эгоизм, проявляющийся сосредоточением всех интересов на своей лич­ности, противоречивость тенденций от слащавости, угодливости, льстивости и заискиваний до злопамятности, злобности, агрес­сивности и жестокости могут помочь в проведении дифферен­цирования видов слабоумия. Однако у детей двигательная, рас-торможенность, усиленная аффективная возбудимость, эмоцио­нальная неустойчивость, медлительность и тяжеловесность движений чаще сочетаются с импульсивностью, вспышками дви­гательного возбуждения. Настроение у них хмурое, они недо­верчивы, недовольны окружающими, злобны, их влечения уси­лены и нередко расторможены, что проявляется мастурбацией, стремлением обнимать детей и взрослых. К этому следует еще добавить наличие у многих из них явлений амнестической афа­зии, олигофазии, монотонности голоса и нечеткости артикуляции.

Существенную помощь может оказать электроэнцефалогра­фия, выявляющая более или менее типичные разряды и изме­нения биоэлектрической активности. В анамнезе больных эпи­лепсией, как правило, имеются указания на пароксизмальные расстройства (замирания, застывания, приступы частого морга­ния, вздрагивания, неожиданные падения, необъяснимые по­ступки и действия с забвением совершенного, нарушения сна и т.д.), ранние изменения характера и его трудность или даже невыносимость, постепенное ухудшение умственных способ­ностей. Определенную ценность имеет изучение семьи, члены которой значительно чаще, чем у неэпилептиков, страдают от широкого круга эпилептиформных проявлений.

**Отграничение от состояний недоразвития речи**

У детей с недоразвитием речи из-за недостаточного контакта с окружающими, ограниченности мыслительных про­цессов, затруднений в освоении житейских и особенно школь­ных навыков замедляется умственное развитие. В конечном итоге это приводит к вторичным интеллектуальным нарушениям, ко­торые не всегда просто отличить от состояний общего психи­ческого недоразвития. Возможность одновременного поражения как речевых, так и некоторых интеллектуальных механизмов еще больше затрудняет дифференциацию.

**Отграничение от моторной алалии.** При этой часто встреча­ющейся форме преобладает недоразвитие экспрессивной речи и следует учитывать особенности ее формирования. В этих слу­чаях резко запаздывает произнесение первых слов (2—3 года), фразы либо не появляются вовсе, либо возникают в очень уп­рощенном виде в 5—6-летнем возрасте. В целом все стороны речи (произносительная, лексическая и грамматическая) ока­зываются грубо нарушенными. Но наряду с этим даже до­школьники любознательны, интересуются происходящим вокруг, сами пытаются занять себя. Они способны к простейшим обоб­щениям, справляются с многими невербальными заданиями. Од­нако их интеллектуальное развитие по сравнению с нормой за­паздывает, и это осложняет их отграничение от детей с пси­хическим недоразвитием. Все же они живее, любознательнее, умеют использовать помощь, более серьезно переживают свой речевой дефект, дифференцированнее относятся к окружающим, небезразличны к оценкам их поведения и активности. Для них характерна также большая разница при выполнении вербаль­ных и невербальных заданий. Отсутствует и столь обычная для умственно отсталых диспластичность телосложения. В то же вре­мя речевые расстройства последних более тесно связаны с ин­теллектуальным уровнем и не препятствуют речевому общению.

У детей младшего школьного возраста с алалией экспрес­сивная речь развита хуже, чем импрессивная. Нарушен рече­вой акт, нет беглости переключения от слова к слову, от фразы к фразе, не автоматизированы чтение и письмо. У более стар­ших детей могут оставаться негрубые дефекты фонетической, лексической и грамматической сторон речи, проявляющиеся главным образом при чтении и письме.

Структура интеллектуального дефекта при моторной алалии мозаична; нарушены темп, направленность и переключаемость психических процессов, больше страдают активность, про­извольность и избирательность мышления. Нередко имеют мес­то расстройства ориентировки во времени и пространстве, ап-раксия и агнозия (Ковалев В. В., Кириченко Е. И., 1970).

Характерны выраженные проявления детскости интересов и поведения, мало целенаправленная, лишенная инициативы сует­ливость, эйфорически окрашенное беспокойство, отсутствие эмо­ционального накала и подлинной силы инстинктов, неустойчивость и повышенная истощаемость внимания (Мнухин С. С, **1972).**

**Отграничение от сенсорной алалии.** Эта форма речевого не-Доразвития встречается реже. При ней отсутствует понимание Речи, и лишь вторично страдает ее экспрессивная функция.

**377**

У детей с сенсорной алалией при сохранном слухе имеется яв­ное непонимание речи — «замыкательная акупатия» (Трау-готтН. Н., 1946), причем у одних больше страдает слуховое вни­мание, а у других — способность дифференцировать фонемы и слова. Различие механизмов предполагает и разную степень раз­вития речи, а отсюда и отграничение от умственной отсталости будет различаться при разных формах. Приходится иметь в виду, что у детей с сенсорной алалией нет грубых нарушений интел­лекта, признаков моторной недостаточности и практически от­сутствуют симптомы органического поражения ЦНС (Голови­на Е. С, Введенская И. С, 1968).

**Отграничение от психического инфантилизма**

Дети с этим синдромом характеризуются чрезмерной детскостью интересов и поведения, недостатком серьезности, це­ленаправленности, работоспособности и выдержки, неумением сосредоточиться на заданной работе, нередко житейской «лег­ковесностью», беспечностью и беспомощностью (МнухинС. С, 1968). Таким образом, имеют место чрезмерное влияние эмоций на мышление, преобладание воображения и фантазии над логи­ческими процессами, недостаточная зрелость суждений. При хорошей экстрапирамидной моторике, проявляющейся плавнос­тью и ритмичностью движений, точные и дифференцированные движения им удаются хуже. Рост отстает, телосложение гармо­нично и грацильно, пропорции между длиной туловища и ко­нечностей соответствуют более ранней ступени развития. От об­щего психического недоразвития инфантилизм отличается боль­шей живостью психики, интересов к окружению, жаждой впечатлений, отсутствием инертности, более высоким уровнем логических процессов, большей инициативностью и самостоя­тельностью в играх; яркостью эмоций, большим их влиянием на интеллектуальную деятельность, стремлением показать себя с лучшей стороны; отсутствием диспластичности в телосложении, большей плавностью и ритмичностью движений, выразительно­стью мимики (Певзнер М. С, 1966; Юркова И. А., 1958).

**Отграничение от симптоматической дислексии**

На первом плане клинических проявлений при этом синдроме отмечаются трудности в запоминании букв, неспособ­ность в течение нескольких лет овладеть беглым безошибочным чтением, успешно выполнять письменные работы при более удов­летворительном освоении математики и остальных предметов.

В процессе чтения у детей отмечаются затруднения при вос­произведении по зрительной памяти, они не угадывают знако­мого слова по начальным буквам или слогу, смешивают звуки, переставляют буквы, делают ошибки при распознавании фоне­тически сходных букв, замене семантического характера. При письме отмечаются искажение букв, связей между ними, про­пуск последних (или даже слов), неправильное изображение их элементов. Письменная продукция очень неровная, беспо­рядочная, с элементами зеркальности. У большинства детей, кро­ме того, имеются нарушения темпа речи, у многих нарушена координация, особенно тонкой моторики, повышена двигательная активность. Дети плохо ориентируются в сторонах своего тела, затрудняются выполнять операции, состоящие из ряда последо­вательных актов, не могут перечислить дни недели и месяцы в прямом, а тем более в обратном порядке, плохо овладевают временными и пространственными представлениями (Мну­хинС. С, 1934; Прокопова Е. Д., 1954).

Для всех характерно нарушенное внимание в виде недоста­точной его устойчивости и концентрации. Расстроена кратко­временная память, снижен объем слухоречевой или зрительно-пространственной памяти на ряды элементов или комплексы фи­гур, а нередко имеют место оба эти нарушения (Корнев А. Н., 1978). Легко выявляются уменьшение словарного запаса, затруднение в подборе синонимов, в объяснении предъявляемых слов, огра­ничен набор обобщающих понятий, недостаточны перцептивные возможности, нарушены пространственная ориентация и конст­руктивный праксис. Дети хуже устанавливают причинно-след­ственные отношения, снижена и способность к абстракции.

При электрофизиологических исследованиях обнаруживают­ся преимущественное поражение неспецифических подкорково-стволовых систем, нарушение регуляции центральных и вегета­тивных компонентов ориентировочной реакции, снижение общей мощности биоэлектрической активности мозга. Наряду с недо­статочностью всей психической активности имеются признаки дисфункции надъядерных корковых систем, которые, по-видимо­му, могут объяснить нарушения произвольного контроля тонкой моторики, речедвигательных функций (Исаев Д. Н. и др., 1974).

Наибольшее сходство этот синдром имеет с астенической формой общего психического недоразвития. Основной отличи­тельной особенностью последней является низкий интеллек­туальный уровень. Кроме того, при ней имеет место большая Дисгармоничность всей структуры психики с более грубыми Речевыми, праксическими, мнестическими или эмоционально-

379

волевыми, расстройствами, значительно нарушающими при­способление больных. Наиболее распространенная стеническая форма недоразвития может быть отдифференцирована на осно­вании отсутствия в ее клинической картине диссоциации меж­ду интеллектуальным развитием и формированием школьных навыков. При ней нет грубых нарушений во временных и пространственных представлениях, в конструктивных способно­стях, в воспроизведении последовательных рядов представлений или движений. Поведение, как правило, определяется уровнем психического развития, оно достаточно организовано и устой­чиво при неплохом прилежании и выносливости.

**Отграничение от соматогенной астении**

Продолжительные соматические заболевания (напри­мер, желудочно-кишечные расстройства), неоднократно за корот­кий промежуток времени повторяющиеся острые тяжелые бо­лезни, хронические инфекции (туберкулез и другие заболевания), особенно в дошкольном и младшем школьном возрасте, могут отражаться на интеллектуальной деятельности детей. Освоение программы детского сада или школы оказывается ниже потен­циальных возможностей из-за быстрой утомляемости, истощае-мости нарушенного внимания.

В связи с этим иногда приходится отграничивать сомато­генную астению и психическое недоразвитие, причем следует принимать во внимание колеблющуюся интеллектуальную про­дуктивность больных, ухудшающуюся в процессе занятий или обследования. Она меняется также в зависимости от соматиче­ского состояния и поэтому в один день может быть лучше, **а** в другой хуже. Наряду со сказанным помогает обнаружение симп­томов ирритативной или апатической астении: возбудимости, раз­дражительности, повышенной впечатлительности, капризности, плаксивости, истощаемости, обидчивости, неспособности к сколь­ко-нибудь длительному психическому или физическому напря­жению, вялости, снижении заинтересованности в происходящем вокруг и т. д. Кроме того, нарушаются аппетит, сон, могут по­явиться головные боли, головокружения, иногда возникают ноч­ные страхи. Как правило, дети критичны к себе, переживают свои, особенно школьные, неудачи. Обычно дифференциальный диагноз не вызывает трудностей.

Разрешение вопроса облегчается с помощью анамнеза, ука­зывающего на благополучное преморбидное развитие и связь возникших трудностей в обучении с соматическими расстрой­ствами. Кроме того, существенную помощь оказывают симпто-

мы основного соматического заболевания и явления осложня­ющей его астении. Подробное и тем более неоднократное изуче­ние психики ребенка выявляет нормальный интеллектуальный уровень. Ухудшенная же продуктивность может быть объяснена расстроенным вниманием и неспособностью к напряжению.

**Отграничение от невропатий и психопатий**

**Отграничение от невропатий.** Интеллектуальная отста­лость подозревается нередко в тех случаях, когда ребенок не справляется с заданиями дошкольного или школьного учрежде­ния из-за эмоционально-волевых расстройств. Причиной таких за­труднений в младшем возрасте чаще всего бывают невропатии.

Проявления невропатии, как правило, обнаруживаются в пер­вые годы жизни. Основные ее симптомы: крайне повышенная воз­будимость, неустойчивость вегетативных функций, общая гипере­стезия, резкая психомоторная и эмоциональная возбудимость, бы­страя истощаемость и склонность к страхам, боязливость. В конце дошкольного возраста и в первых классах школы в связи с новы­ми повышенными требованиями к ребенку у него обнаруживают­ся недостаточная работоспособность, легкая утомляемость и исто­щаемость. Такие дети в процессе занятий не могут проявить долж­ного прилежания, не способны к длительному сосредоточению, их легко отвлекают малейшие изменения в окружающей обстановке. В связи с этим любое полученное задание утомляет и быстро на­доедает, ребенок переключается на какой-либо случайный пред­мет (ручку, пуговицу), который на некоторое время служит игро­вым материалом, помогает восстановить растраченные силы и ин­терес к заданию. Чем менее привлекательно занятие, тем быстрее наступает истощение. Чем больше разнообразия в классной ра­боте и чаще переключение па новый материал, тем дольше со­храняются рабочий тонус и увлечение делом. Таким образом, эти дети отличаются повышенной нервно-психической возбудимостью, раздражительностью, истощаемостью и утомляемостью.

**Отграничение от психопатий.** В более старшем возрасте сре­ди синдромов эмоционально-волевых нарушений, ответственных за снижение интеллектуальной продуктивности и потому требу­ющих дифференцирования от общего психического недоразвития, следует назвать формирующиеся или сформировавшиеся пси­хопатии. Чаще всего это относится к астенической психопатии или к астено-невротическому типу акцентуации характера (Лич-ко А. Е., 1979). При ней дети и подростки не способны к устой­чивому и продолжительному напряжению. Учебная деятельность

**381**

им легко надоедает, они быстро устают, испытывают чувство сла­бости. Страх перед необходимым рабочим напряжением неред­ко не позволяет им даже приступить к тому или иному делу. Концентрация внимания, а с ней и работоспособность наруша­ются из-за легко возникающих мыслей о собственном нездоро­вье, которое их очень беспокоит. Постоянные головные боли, сердцебиения, плохой аппетит и т. д. усиливают ипохондричес­кую настроенность и вызывают настолько сильное беспокойство, что вынуждают подростка искать помощи и облегчения своего «очень тяжелого состояния». У части подростков — необычная впечатлительность и усиленное чувство собственной недостаточ­ности. Они очень ранимы и не выносят всего того, что их зас­тавляет волноваться. Имеется склонность к страхам, нарушени­ям сна, сниженному настроению.

Как невропатия, так и психопатия имеют наибольшее сход­ство с астенической формой психического недоразвития. Одна­ко последняя характеризуется более выраженной неспособ­ностью к овладению чтением, письмом и нередко счетом, сочетающейся с затруднениями в воспроизведении рядов и с нарушениями в тонкой моторике. Самое же принципиальное отличие состоит в том, что здесь имеется явный интеллектуаль­ный дефект, выявляемый при изучении мыслительных процес­сов: обобщения, отвлечения, абстракции и др. На этом же основа­нии проводится дифференциальный диагноз с неуравновешен­ным вариантом стенической формы и с другими формами недоразвития. Следует учитывать также и большую тонкость переживаний, и способность к самоанализу, и необычную впечатлительность, и чувство собственной вины, нередко наблю­даемые у подростков с чертами астенической психопатии.

**Отграничение от замедленного темпа психического развития**

Процесс созревания психики во времени не одинаков у всех детей, более того, даже у одного и того же ребенка в разные годы жизни он может протекать в различном темпе. Замедленное формирование интеллектуальных функций может быть связано с семейными особенностями, факторами прена-тального развития, ослабляющим действием заболеваний и дру­гих вредностей. У некоторых детей, особенно в младшем возра­сте, может быть не только замедление, но и приостановка дальнейшего психического развития под влиянием затяжных ток-сико-дистрофических состояний.

**Отграничение от семейно-бытовой и педагогической запущенности.** Известно, что психические функции формируются **в** процессе деятельности ребенка под влиянием воспитания. Если в раннем возрасте ребенок не получал достаточного стиму­лирования для формирования у него разнообразных знаний и навыков, то это могло существенно затормозить его развитие. Неправильное воспитание и в дальнейшем, если оно не подго­тавливает к самостоятельному овладению житейскими и школь­ными навыками, невольно затормаживает процесс созревания. Таким образом, и без того замедленный переход от одной фазы развития к другой может осложниться неблагоприятными се­мейными условиями. Чаще, однако, приходится иметь дело только с отсутствием правильного воспитания и обучения, с тем, что называют семейно-бытовой и воспитательной запущенностью (Мнухин С. С, 1968), педагогической запущенностью (Сухаре­ва Г. Е., 1965; Власова Т. А., Лебединская К. С, 1975), микро­социально-педагогической запущенностью (Ковалев В. В., 1976), просто запущенностью (NissenG., 1974). Предрасполагающим фактором для возникновения такого состояния могут стать се­мьи с примитивными, умственно отсталыми, социально небла­гополучными родителями, распавшиеся семьи, где единственный родитель (чаще мать) не справляется со своими воспитатель­скими обязанностями, чужие семьи или детские учреждения с недостаточно хорошо поставленной воспитательной работой. В этой микросоциальной среде могут создаться условия для не­правильного воспитания — безнадзорности, недостатка внимания и ухода, что в конечном итоге приводит к сенсорной и эмоцио­нальной депривации. Такая обстановка препятствует нормаль­ному прохождению всех фаз развития, мешает социализации ребенка, приводит к недостаточному развитию интересов, мо­ральных устоев. В наибольшей мере страдают высшие чувства потребности в труде и удовлетворения от достигнутого, чувство ответственности перед старшими, детским коллективом и перед собой. Такой нравственный фундамент ведет к отказу от умствен­ного труда, чему в значительной мере способствует отсутствие любознательности. Результат этого — недостаток знаний и пред­ставлений, неразвитая речь, бедность познавательных интере­сов, примитивность установок личности.

Отграничение состояний психического недоразвития от запущенности основывается на отсутствующих у детей с недоразвитием способности к обобщению, тугоподвижности психических процессов, безынициативности и несамостоятель­ности в работе, неумении использовать помощь, невозможности

аяя

ориентироваться вжитейской обстановке. Динамика развития «за­пущенных» детей отличается тем, что при раннем распознава­нии и создании благоприятной ситуации для обучения и жизни отставание в большей или меньшей мере выравнивается. На со­зревание умственно отсталых даже весьма благоприятная среда не оказывает влияния в такой мере, чтобы они становились интел­лектуально полноценными. Помогает дифференциальному диаг­нозу обнаружение диспластических явлений, признаков пороч­ного развития тех или иных органов и систем, встречающихся у большинства отсталых. Попытки использовать для дифферен­цирования анамнез могут привести к еще большим затрудне­ниям, так. как и умственно отсталые, и «запущенные» дети мо­гут воспитываться в неблагоприятной микросоциальной среде.

Лишь сведения о том, что воспитание было правильным (при их достоверности), а развитие ребенка отставало, дают основа­ния для диагноза недоразвития.

Особую сложность для дифференциации представляют не­редкие случаи запущенности детей с негрубыми резидуально-органическими поражениями ЦНС или легким замедлением тем­па развития другого, часто неясного происхождения. Клинические и психологические исследования в этих случаях выявляют не только недостаточность знаний и умений, но и симптомы орга­нического поражения ЦНС, проявляющиеся как в неврологи­ческом статусе, так и в структуре психики.

**Отграничение от парциального моторного инфантилизма.**

Этот синдром нередко обозначается как «диспраксия развития» (Rutter M. et al.( 1975), «моторная дебильность» (Dupre E., 1909), «моторный инфантилизм» (Homburger А., 1923). По мнению М. О. Гуревича (1932), синдром двигательного недоразвития рас­падается на ряд симптомокомплексов, обычно не встречающих­ся совместно: пирамидный, экстрапирамидный и мозжечковый. При задержке моторного развития имеются избыточность, из­лишество движений, непринужденность изобразительной и иг­ровой моторики. При этом отмечаются слабое произвольное вни­мание, непоседливость, чрезмерная двигательная активность. Име­ющиеся особенности моторики при целенаправленных видах деятельности легко корригируются (Вайзман Н. П., 1976). Пре­обладает недостаточность корковой моторики: плохая координи-рованность движений, неспособность к тонким, изолированным двигательным актам, затруднения в выполнении комбинирован­ных движений, восприятии и воспроизведении ритмов, наруше­ния в пространственной организации движений (Ковалев В. В.. Кириченко Е. И., 1979). Естественно, что все эти особенности мо-

гут оказаться препятствиями для нормального усвоения как жи­тейских, так и школьных навыков. Худшая, чем у сверстников, адаптация к микросреде, плохая успеваемость могут расцени­ваться как проявление психического недоразвития. Лишь вни­мательное клинико-психологическое изучение этих детей обна­руживает у них нормально развитый интеллект.

**Отграничение от задержек развития речи.** Недоразвитие речи зависит от ряда факторов: генетических, развития слуха, средо-вых, интеллектуальных и конституциональных, кроме того, воз­можно также и взаимодействие их. Достижение основных этапов формирования речи у детей весьма варьирует. Одни впервые про­износят значимые слова к 8 месяцам и составляют первые пред­ложения к концу 1-го года, другие с нормальным интеллектом не начинают говорить и к 3—4 годам, и еще в 5 лет их речь имеет дефекты (MorleyM., 1972). При парциальных задержках развития речи отстают фонематический синтез и анализ, возникают пре­пятствия к различению сходных по звучанию фонем («д—т», «с— з») или сочетаний нескольких согласных, нарушается возможность правильного формирования своей „и понимания чужой речи. В различной степени страдает овладение чтением и письмом. При другом типе задержки имеет место отставание формирования ре­чевого праксиса, выражающееся в нечеткости произношения, сме­шении близких по произношению звуков, отличающихся своей артикуляцией. У этих детей также имеются связанные с расстрой­ствами речи затруднения в освоении чтения и письма (Кова­лев В. В., Кириченко Е. И., 1979).

Серьезная школьная неуспеваемость, нежелание заниматься теми предметами, которые не поддаются усвоению, а нередко и невротические наслоения с нарушениями поведения заставляют дифференцировать эти состояния от умственной отсталости. Если ребенок благополучно справляется с математикой, трудностей меньше. В противном случае приходится обстоятельно изучать Уровень и структуру интеллекта, которые оказываются неизме­ненными. В истории развития такого ребенка можно найти аргу­менты против психической отсталости: указания на запаздывав­шую и плохо формировавшуюся речь без проявлений отставания в других сферах психики, неплохую ориентировку в жизни, уме­ние участвовать в коллективных играх, в особенности тех, при которых не требуется большой нагрузки на речевой аппарат. Дли­тельное наблюдение, сопровождающееся интенсивной коррекци­ей дефектов речи, выявляет не только улучшение последней, но и связанные с этим школьные успехи. Такая динамика будет еще °Дним доводом против психического недоразвития.

К-1405 ЧЙЧ

**Марковская И.Ф.**

**ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО КЛИНИКО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ1**

Прогнозирование развития и успешности обучения ребенка при различных вариантах психического дизонтогенеза ставит своей целью прежде всего решение сугубо практического вопроса — организации процесса обучения, воспитания и лече­ния ребенка. Определение критериев прогноза психического развития непосредственно связано с интерпретацией структу­ры нарушений познавательной деятельности, знанием механиз­мов симптомообразования и.учетом потенциальных возможнос­тей развития ребенка. Большое значение для прогнозирования психического развития аномального ребенка в процессе его обу­чения имеет ранняя диагностика отклонений в развитии, своев­ременная терапия, психолого-педагогическая коррекция, прово­димая в дошкольном возрасте, и, конечно, адекватные методы и содержание обучения. Все сказанное, безусловно, имеет прямое отношение и к такому типу асинхронии развития, каким является задержка психического развития церебрально-органического генеза.

Проведенный сравнительный анализ результатов клинико-нейропсихологического исследования, системный анализ состо­яния высших корковых функций и особенностей возрастной ди­намики их развития позволили более дифференцированно по­дойти к прогнозированию психического развития при указанном виде психического дизонтогенеза.

Одним из ведущих критериев прогноза психического разви­тия аномального ребенка является *соотношение признаков не­зрелости и симптомов повреждения* в клинико-психологической структуре нарушений познавательной деятельности. Анализ кор­реляции данных комплексного исследования и катамнестичес-ких сведений показывает, что прогностически более благоприя­тен тот вариант задержки психического развития, при котором признаки незрелости преобладают над явлениями поврежден-ности мозговых структур (вариант ЗПР—1) и, наоборот, прогно­стически менее благоприятен клинический вариант (ЗПР—2) с обратным соотношением: признаки поврежденности перекрывают черты имеющейся незрелости (таблица).

1 *Марковская И. Ф.* Задержка психического развития (клинико-нейропси-хологическая диагностика}. М., 1993, стр. 140—148.

*Таблица*

**Соотношение признаков незрелости и поврежденности ЦНС в клинических проявлениях ЗПР**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Типы нарушений | Признаки незрелости | | | Признаки поврежденности | |
| 1 | 2 | | | 3 | |
| Эмоцио­нальные расстройства | Синдром психической не­устойчивости: эмоциональ­ная лабильность; легкая пре-сыщаемость; нестойкость аффекта; поверхностность переживаний; внушае­мость; непосредственность, легкая откликаемость на внешние раздражители | | | Аффективные расстройства по возбудимому, эйфоричес-кому, дисфорическому типу: выраженная стойкость и сила аффекта; вязкость, мо­нотонность, ригидность пере­живаний, расторможенность влечений, упорство при удов­летворении своих желаний, негативизм, агрессивность | |
| Энцефалопа-тические расстройства | Легкие и нестойкие це^еб-растенические явления ус­пешно поддаются медика­ментозному воздействию, редуцируются при органи­зации щадящего режима.  Невротические реакции, астено-невротические со­стояния (нестойкие лого-невроз, страхи, гиперки-незы) | | | Церебрастения с явлениями внутричерепной гипертензии; требуется длительное лече­ние, легкая декомпенсация при психофизических пере­напряжениях  Неврозоподобные состояния (мононеврозы, стойкие эну­рез, энкопрез, заикание, ги-перкинезы)  Психопатоподобный, эпилеп-тиформный, апатико-астени-ческий симптомы | |
| Неврологи­ческие расстройства | Симптомы незрелости без признаков органического повреждения Нестойкие вегетативные нарушения | | | Легкая очаговая симптоматика  Пирамидная, экстрапирамид­ная и стволовая симптоматика  Церебрально-эндокринные дисфункции  Стойкая вегетативная дисто-ния | |
|  | |  |  | |
| Нарушения ВПФ: | |  |  | |
| а) нарушения модально-специфи­ческих функций | | Нестойкие, динамические  Неспецифический харак­тер нарушений  Легкие диффузные  Мозаичность нарушений, обусловленная асинхро-нией созревания отдель­ных функций | Стойкие  Специфический характер нарушений  Парциальные  Тотальность нарушений, обу­словленная грубым недоразви­тием мозга | |
| б) нейроди-намические нарушения | | Лабильность психическо­го тонуса в сочетании с повышенной истощаемос-тью | Инертность, замедленность темпа с явлениями либо без явлений истощаемости пси­хического тонуса | |
| в) нарушения регуляции | | Импульсивность, слабость контроля при нарастании явлений истощаемости и утомления  Вторичная пресыщаемость, нестойкость мотивации при нарастании явлений утом­ления  Вторичные нарушения программирования на истощении | Импульсивность, слабость контроля, менее зависимые от утомления, персевератор-ность  Первичные нарушения ини­циирования и произвольнос­ти, грубые нарушения моти­вации  Вторичные нарушения про­граммирования в связи с дефектностью отдельных мо­дально-специфических функ­ций | |

При составлении таблицы (имеющей в определенной мере «рабочий» характер и допускающей долю условности и упро­щения) были использованы представления клиницистов и пси­хологов о симптомах «незрелости» и «поврежденности» мозго­вых структур (Г. Е. Сухарева, 1965; М. С. Певзнер, 1971; К. С. Ле­бединская, 1980,1981; В.В.Лебединский, 1981, 1985; и др.).

Главное назначение ее — дать перечень опорных признаков, полезных как для целей дифференциальной диагностики, так и

для решения вопросов прогноза психического развития. Можно предположить, что при различных клинических вариантах ано­мального развития каждый из этих признаков имеет неодинако­вую диагностическую и прогностическую значимость.

В нашем комплексном исследовании наиболее информа­тивным в плане прогностической оценки психического развития явился нейропсихологический анализ ВКФ.

Так, в группе ЗПР—1 при преобладании негрубых нейроди-намических расстройств прогноз психического развития доста­точно благоприятен. Функциональная неустойчивость модально-специфических функций и нестойкость контроля постепенно пре­одолевались. Психолого-педагогическая коррекция в этих случаях состояла в эмоциональной стимуляции деятельности, опирающей­ся на сохранный эмоциональный уровень регуляции, усилении речевого контроля, организации отсроченного ответа, уменьше­нии объема задания, замедлении темпа предъявления задания и его практической реализации. Правильно организованный ре­жим дня, лечение, направленное на стимуляцию психического тонуса, улучшение трофики мозга, уравновешивание процессов возбуждения и торможения корковой нейродинамики, приводи­ло к созданию благоприятных условий для работы мозга, ликвида­ции церебрастенических и невротических явлений. В большинстве случаев (70%) дети с указанными нарушениями (вариант ЗПР— 1) после 3—4 лет обучения в специальной школе-интернате пе­реводились в массовую школу, а в подростковом возрасте по нейропсихологическим характеристикам достигали показателей своих сверстников с нормальным развитием.

Дети, относящиеся ко второму варианту — ЗПР—2, с выра­женными нарушениями познавательной деятельности и более тя­желыми и стойкими энцефалопатическими явлениями, имели ме­нее благоприятный прогноз психического развития. Иной харак­тер нейродинамических расстройств (инертность, замедленность темпа в сочетании с истощаемостью), обнаруживающий психо­органическую природу, сочетающийся с выраженной парциаль­ной дефицитарностью модально-специфических функций, вторич­ные нарушения программирования — все это требовало (по крайней мере в 2/3 наблюдений) массивной и длительной пси­холого-педагогической коррекции в условиях специальной шко­лы для детей с ЗПР. Те виды помощи, которые использовались при работе с детьми первой группы, были полезны и в группе ЗПР—2, однако, как указывалось, в этих случаях более актуально активное воздействие на процессы планирования, Направленное формирование («тренировка») дефектных

.489

функций с опорой на сохранные звенья. Дети этой группы нуж­дались в постоянной поддерживающей терапии (психостимули­рующими, седативными средствами, препаратами метаболического действия, курсах дегидратации, назначении психотропных средств для коррекции аффективных расстройств), а при выраженной де­компенсации состояния — ив стационарном лечении. Тип возра­стной динамики развития ВПФ («энцефалопатический») также является одним из оснований для оценки прогноза как менее бла­гоприятного по сравнению с детьми первой клинической груп­пы. Таким образом, другим значимым прогностическим критери­ям следует считать состояние высших психических функций.

Третьим критерием оценки психического развития является характер *соотношений нарушений базальных и интеллек­туальных функций.* Как было показано при анализе типов воз­растной динамики развития ВПФ, наличие негрубых нарушений нейродинамики и дефицитарности отдельных, так называемых базальных функциональных систем, при достаточном фонде со­хранных функций, по мере созревания мозга, происходит фор­мирование сложных функциональных ансамблей, способных обеспечить и более сложную интеллектуальную деятельность (см. 4 типа возрастной динамики развития ВПФ). Таким образом, про­гностически благоприятным признаком будет сохранение тен­денции развития по типу Е2>Е1Г характерной для нормального психического развития.

Важным критерием прогноза психического развития счита­ются **условия обучения и воспитания** аномального ребенка (Т. А. Власова, 1971; Н. И. Захаров, 1976; Т. А. Власова, К. С. Ле­бединская, В. И. Лубовский, Н. А. Никашина, 1976; и др.). Извес­тно, что даже у здорового ребенка конфликтные отношения ро­дителей в семье, длительные стрессовые ситуации, психичес­кие травмы могут обусловливать психическое недоразвитие легкой степени, дисгармоническое развитие личности (К. Бенда, 1960; С. Кирк и В. Кирк, 1971; В. В. Ковалев, 1971; и др.), Дети, отста­ющие в психическом развитии в связи с органической цереб­ральной недостаточностью резидуального характера, еще более зависимы от так называемых средовых факторов. Своевремен­ное обращение к психиатру, логопеду или психологу помогает *ранней диагностике* отклонений в поведении и развитии ребенка. Стимуляция психического развития, активация способностей, необходимое лечение и адекватные условия обучения предуп­реждают вторичную педагогическую запущенность, возникнове­ние невротических расстройств и дисгармоническое формирова­ние личности, связанные с психической дезадаптацией.

Воспитание и обучение детей с ЗПР в специально созданных для них школах и классах, своевременное лечение не только улучшают их психофизическое состояние в начале обучения, но создают более благоприятные условия развития в период под­ростковых кризисов. В исследованиях К. С. Лебединской, Г. В. Гри­бановой, С. В. Немировской и др. (1980) показано, что подрост­ковый период протекает у данных детей более мягко, с отсутствием грубых вегетативных дисфункций, нарушений рабо­тоспособности и поведения. Подростки-выпускники специальных школ-интернатов для детей с ЗПР имеют больше возможностей для формирования положительных социальных установок, ори­ентированных на полезную трудовую деятельность.

Таким образом, ранняя диагностика, своевременное лечение и адекватные методы обучения и воспитания детей с ЗПР явля­ются не только условием для более благоприятного психическо­го развития, но также могут считаться критериями прогноза ус­пешности их обучения, школьной и социальной адаптации.

**ОБЩИЕ ВЫВОДЫ**

Клинико-психологическую структуру задержки психи­ческого развития церебрально-органического генеза характе­ризует сочетание черт незрелости и различной степени повреж-денности ряда психических функций. К признакам незрелости относятся: в эмоциональной сфере — явления органического ин­фантилизма, в интеллектуальной — недостаточная сформирован-ность отдельных корковых функций и недоразвитие регуляции высших форм произвольной деятельности. Признаки поврежден-ности характеризуются парциальным характером нарушений кор­ковых функций, комплексом энцефалопатических расстройств.

В зависимости от типа соотношения черт органической не­зрелости и поврежденности ЦНС выделены 2 основных клини-ко-психологических варианта задержки психического развития церебрально-органического генеза.

При первом варианте преобладают черты незрелости эмо­циональной сферы по типу органического инфантилизма. Энце-фалопатическая симптоматика представлена негрубыми цереб-растеническими и неврозоподобными расстройствами. Невро­логические знаки отражают незрелость мозговых структур, признаки минимальной мозговой дисфункции, легкую дисфунк­цию подкорковых систем. ЭЭГ-данные также обнаруживают при­знаки незрелости. Нарушения высших корковых функций

имеют динамический характер, обусловленный их недостаточ­ной сформированностью и повышенной истощаем остью. Регу-ляторные функции дефицитарны в звене контроля.

При втором варианте в клинической картине доминируют не черты незрелости, а симптомы поврежденности: стойкие эн-цефалопатические расстройства в виде выраженных церебрас-тенических, неврозоподобных, психопатоподобных, субклиничес­ких эпилептиформных и апатико-астенических синдромов. Неврологические и ЭЭГ-данные отражают выраженность орга­нических расстройств и значительную частоту очаговых^ Кор­ковая патология также имеет более грубый характер: наблюда­ются более тяжелые нейродинамические расстройства (инерт­ность, персевераторные явления), выраженная дефицитарность корковых функций, в том числе их парциальные нарушения. Дис­функция регуляторных структур проявляется в звеньях не толь­ко контроля, но и программирования.

Характер нарушений познавательной деятельности в боль­шей мере определяет дифференциацию психолого-педагогической коррекции. Нарушение целенаправленности, связанное с эмо­циональной незрелостью и общими нейродинамическими рас­стройствами, требует организации внимания, усиления речево­го контроля, эмоциональной стимуляции, актуализации мотива деятельности, уменьшения объема и темпа работы. Выраженная недостаточность регуляторных систем предполагает использова­ние тех видов помощи, которые обеспечивают активное пла­нирование деятельности, поэтапное формирование целостного действия.

Прогноз задержи психического развития церебрально-орга­нического генеза в значительной степени зависит от состояния высших корковых функций и типа возрастной динамики их раз­вития. При преобладании общих нейродинамических расстройств прогноз достаточно благоприятен; при их сочетании с выражен­ной дефицитарностью отдельных корковых функций необходи­ма массивная психолого-педагогическая коррекция, осуществля­емая в условиях специального обучения; первичные стойкие и массивные расстройства программирования, контроля и иници­ирования произвольных видов психической деятельности тре­буют, как правило, исключения умственной отсталости и других серьезных психических расстройств.

По данным нейропсихологического исследования, отличие клинико-психологической структуры задержки психического раз­вития церебрально-органического генеза от олигофрении состоит

в разном соотношении дефицитарности отдельных корковых фун­кций и регуляторных систем. При задержке психического раз­вития превалирует неполноценность отдельных корковых функ­ций, разная степень которой создает мозаичность общей карти­ны расстройств; недостаточность более сохранных регуляторных систем связана с их вторичной функциональной незрелостью. Для олигофрении же характерна тотальность нарушений модаль­но-специфических корковых функций с первичной дефицитар­ностью регуляторных систем, наиболее выраженной в звене про­граммирования.

**Т. П. Симеон, М. М. Модель, Л. И. Гальперин ШИЗОФРЕНИЯ1**

Группа шизофрении нами рассматривается отдельно, вне обычной в большинстве руководств связи с эпилепсией и маниакально-депрессивным психозом, ибо первую мы считаем не нозологической единицей, а группой симптомокомплексов органического порядка, а маниакально-депрессивный психоз нам кажется правильнее описывать в главе циклоидной психопатии (как в силу сходства клинических признаков, так и ввиду их генетического родства).

*Симптоматология.* Шизофрению детской личности научились распознавать значительно позднее, чем шизофрению взрослых. Причиной этого являются, с одной стороны, значительная сгла­женность ряда симптомов в сравнении с таковыми у взрослой личности, страдающей шизофреническим процессом, а с другой стороны, те особенности, которые накладывает детский возраст на клиническую картину болезни.

Мы не будем описывать в нашем изложении отдельные фор­мы детской шизофрении, так как они, как и у взрослого, чрез­вычайно вариабельны и непостоянны, а предпочитаем опериро­вать с отдельными симптомокомплексами, являющимися веду­щими в статике той или иной клинической картины, При этом мы проследим в динамическом разрезе, какие симптомокомп-лексы шизофрении преобладают в различных возрастных фазах развития ребенка.

Самый ранний возраст, в котором нами впервые была обна­ружена шизофрения,— это возраст 1У2 лет (большинство авто­ров, работающих в области детской психоневрологии,— Гомбур-гер, Гиляровский, Гуревич — не решаются датировать начало раньше 7-летнего возраста).

В таком раннем возрасте нам удалось наблюдать лишь один ясно выраженный симптомокомплекс («кататоническии») на фоне процесса, катастрофически быстро деградирующего личность ребенка. Все другие симптомокомплексы хотя и намечаются в возрасте 2—3 лет, но так рудиментарны, что носят скорее ха­рактер предвестников, и о них как первых проявлениях болез­ни приходится судить лишь post factum, после того как шизо-

*Симсон Т. П., Модель М. М., Гальперин Л. И.* Психоневрология детского возраста. М. — Л., 1935, стр. 274—289.

френический клинический статус развернулся сполна несколь­ко лет спустя.

**КАТАТОНИЧЕСКИИ СИМПТОМОКОМПЛЕКС**

Кататоническии симптомокомплекс появляется обыч­но на фоне нормально развивающейся или развивающейся в несколько замедленном темпе психики. Он проявляется двумя параллельно идущими рядами симптомов.

С одной стороны, нарастающая замкнутость ребенка, теря­ющего все более и более способность контактировать с окру­жающей реальностью; с другой стороны, постепенное угасание речи у до того времени нормально владевшего ею ребенка. При этом речь претерпевает своеобразный регресс по пути, обрат­ному ее онтогенетическому развитию. Сначала исчезают слож­ные фразы, затем короткие, позднее многосложные слова, одно­сложные, наконец слоги — и ребенок умолкает совершенно. Сло­ва, приобретенные первыми («мама», «папа», «дядя», «дай», «на»), при этом исчезают последними.

Интересно отметить, что месяцами, годами не говорящий ни слова ребенок может иногда внезапно в момент аффективной заинтересованности произнести довольно сложную фразу.

К описанным симптомам присоединяются обильные катато-нические явления: стереотипные движения, бесцельное разма­хивание игрушкой вместо употребления ее как игрового мате­риала; вращение вокруг своей оси, однообразные манипуляции со своими ручками, бесцельный бег вперед, застывание в одно­образных позах по нескольку минут подряд, возникающие без всякого повода и стереотипно протекающие состояния возбуж­дения (дети кричат, бьются головой об стену и пол, набрасыва­ются на окружающих).

Интеллект падает катастрофически быстро. Исчезает всякий интерес к окружающему. Дни, месяцы, годы дети проводят в однообразной позе либо бесцельно бродят взад и вперед, произ­водя стереотипные движения ручками. Взгляд обычно устрем­лен в пространство, поверх предметов, как бы ни на одном объекте вовне не фиксирован. Следует отметить, что в начале болезни, до наступления полной аффективной тупости, мы на­блюдаем в поведении ребенка как бы возврат к оставленным им ранним формам поведения (ребенок начинает требовать непрерывного присутствия около себя матери, перестает само­стоятельно есть, становится неопрятным и т. д.).



Рис.1. Рис.2.

Шизофрения. Сана X., 3 года В месяцев (Психонервная клиника ГНИОММ.)

Приведем пример описываемого симптомокомплекса (рис. 1,2).

Люба Б. поступила под наблюдение в возрасте 2 лет 3 месяцев. Ос­новная жалоба родителей заключается в том, что девочка, двигательно и интеллектуально развивавшаяся более или менее нормально, имевшая довольно большой запас слов и строившая короткие фразы, несколько месяцев назад без всякого к тому внешнего повода стала резко менять­ся: перестала играть с детьми, ни к чему не проявляла интереса, поте­ряла всякую инициативу и все меньше и меньше стала пользоваться ре­чью. Девочка начала мочиться под себя, требовала непрерывного при­сутствия около себя матери (в то время как прежде без труда отпускала мать от себя, играя одна или в кругу детей). Периодами вне всякой ви­димой причины возникают приступы сильного двигательного возбуж­дения, кричит, часами плачет, бьется головкой и ногами об пол.

Во время осмотра ребенка вступить с ней в контакт не удалось. Дала лишь раз речевую реакцию: произнесла слово «мама», когда мать выш­ла на время из комнаты. Мимика лица оставалась все время вялой, од­нообразной. Взгляд устремлен в пространство. Стоит в однообразной позе, производя ручками стереотипные движения, перекладывая сложен-

ные вместе пальцы одной ручки в ладонь другой и вновь их вынимая. Будучи положена на стол, в течение 15 минут лежала без протеста и движения в той позе, которая ей была придана.

В физическом статусе ребенка отмечаются: астенический habitus и явления туберкулезной интоксикации (I2). Со стороны неврологической — синюшность конечностей и симптом Хвостека. Реакция Вассермана отрицательная. Дно глаза нормальное. Ре­бенок находился под нашим периодическим наблюдением до 8-летнего возраста. В 8 лет статус почти точно воспроизводил та­ковой в младенчестве; даже стереотипные движения ручками были те же, что и тогда.

Дифференциальная диагностика описанного статуса должна идти по линии отграничения от олигофрении, с одной стороны, и от деградации психики при новообразовании и сифилисе моз­га — с другой.

Нормальное развитие до двухлетнего возраста и нарастаю­щая прогредиентность заболевания исключают возможность пред­положения олигофрении; новообразование исключается за от­сутствием патологических неврологических симптомов (ибо рас­стройство речи, как видно из данного выше описания, протекает отнюдь не по типу афазии, а является следствием нарастающе­го аутизма) и ввиду нормального дна глаза.

Отрицательная реакция Вассермана, отсутствие всяких симптомов конгенитального сифилиса и опять-таки отсутствие патологических неврологических явлений исключают наличие сифилитического поражения центральной нервной системы.

С другой стороны, нарастающий аутизм и кататонический симптомокомплекс с убедительностью говорят за диагностику шизофрении.

Катастрофически быструю деградацию психики, по-видимо­му, следует объяснить тем фактором, что центральная нервная система у ребенка раннего возраста значительно менее диффе­ренцирована, сосудистая структура и биохимизм его мозга свое­образны, и это своеобразие облегчает более широкое распро­странение болезненного процесса и более острое течение болезни. Аналогичное явление мы видим при эпидемическом энцефалите, который в школьном и подростковом возрасте дает изменения характера, связанные с локальным изменением подкорки, а в раннем детстве одновременно поражает диффузно и кору боль­шого мозга, заметно снижая интеллект ребенка.

Приведенная форма напоминает dementia infantilis, описан­ную вначале Геллером и позднее рядом других авторов, причем

397

последняя трактуется ими без достаточных к тому оснований как самостоятельное дегенеративное заболевание, что на нашем до­вольно богатом материале абсолютно не подтверждается гене­тическими данными.

В более старшем возрасте упомянутый симптомокомплекс, явно доминирующий в раннем детстве, становится все реже, и в возрасте 6 лет мы встретили начало его лишь один раз. Он уступает место более мягкому кататоническому симптомокомп-лексу, сходному с таковым у взрослых.

Ремиссии бывают очень редки. В таких случаях речь вре­менно возвращается, и у ребенка устанавливается некоторый контакт с окружающей реальностью, но рано или поздно про­цесс вновь дает ухудшение и сводит на нет речевые функции ребенка и его связь с реальностью.

В возрасте от 4 до 8 лет симптоматика шизофрении стано­вится гораздо более богатой. Ряд симптомокомплексов, едва на­меченных в своих контурах в трехлетнем возрасте, вырастает уже в четко обрисованную клиническую картину.

Перейдем к описанию этих симптомокомплексов, попутно отмечая там, где это имеет место, отпечаток возрастных особен­ностей в картине болезни.

**СИМПТОМОКОМПЛЕКС** БРЕДОПОДОБНЫХ **ФАНТАЗИЙ**

Симптомокомплекс бредоподобных фантазий имеет свои корни в свойственной этому возрасту склонности к пост­роению фантастических продукций. Дети-шизофреники, еще не потерявшие аффективной живости, по мере нарастания аутиз­ма начинают уходить из конфликтной для них действительности (в силу малой направленности на окружающую реальность ши­зофреники особенно трудно мирятся с неприятными для себя раздражителями извне} в мир аутистических фантазий.

В этих фантазиях ребенок разрешает свои конфликты и ре­ализует свои трудно выполнимые в действительности влечения. Персонажам этого фантастического мира разрешается все, на что в реальности взрослые наложили свои запреты. Идеалы этого мира диаметрально противоположны идеалам окружающей дей­ствительности.

В качестве иллюстрации приведем следующий случай (3. Н. Ушаковой).

Валя С. поступила под наблюдение на третьем году жизни. Подроб­но изучалась в течение двух лет. Темпы двигательного и умственного развития были вполне нормальные. Всегда трудно контактировала с ре-

альностью. Многие раздражители извне травмировали ребенка. Так, ус­лышав раз колокольный звон, стала обходить церковный двор; убегала из комнаты, где при ней однажды был заведен граммофон; плакала при виде шумно бегущих ей навстречу детей. В раннем детстве (в возрасте 4 лет) была сильно травмирована, когда мать родила второго ребенка и заболела, вследствие чего Валя совершенно выпала из круга ее забот (Валя в этот период ревновала мать к братишке). Вторая травма была нанесена девочке в 7 У2 лет. Она вынуждена была бросить школу, так как вследствие своей оторванности от реальности подвергалась посто­янно насмешкам со стороны детского коллектива.

На шестом году у нее начинает создаваться целая фантастическая система, продолжающая в деталях развиваться в течение последующих лет ее жизни.

Приводим вкратце содержание ее фантастического мира в том виде, в каком оно выкристаллизовалось к 8 годам.

Существует особая страна, где живут особые люди — «хулиганы». Проникнуть туда можно только на буфере (запретным путем!). Живут они на просторе (вне жилищного кризиса). Они очень молоды, им не больше 8—9 лет (возраст Вали), но они женятся, выходят замуж и ро­дят хулиганят (Валина мечта — выйти =замуж и иметь детей; взрослые же постоянно ставят ей на вид, что в ее возрасте это невозможно). Бе­ременные хулиганки пользуются особенно большим уважением и обла­дают колоссальной силой. В хулиганской стране вообще женщине от­ведено первое место. Предводительница страны — Аня Капаева (с ней Валя, видимо, себя отождествляет как с идеалом для подражания). В ху­лиганской стране очень много школ {Вале не удается самой посещать школу). Обрабатывают землю без помощи лошадей — на ослах и со­баках (Валя боится лошадей). Взрослые — источник запретов для Вали в реальности — не допускаются вовсе в страну хулиганов. Окружаю­щая Валю реальность не приемлет страны хулиганов. Время от времени с ней в борьбу вступают милиционеры, и Аня Капаева — предводитель­ница хулиганов — гибнет от руки милиционера. У самой Вали двойствен­ное, амбивалентное отношение к хулиганам: «что для хулиганов хоро­шо, для всех плохо»; «хулиганство — это заразная болезнь, от нее ле­чат в клинике».

Наряду с созданием этих фантастических продукций у Вали заметно нарастает аффективная тупость и отчетливо снижается способность фиксации внимания в процессе работы.

Параллельно описанным фантазиям о хулиганах у Вали создается еще одна фантастическая продукция, реализующая разрешение ее конфлик­та в связи с рождением ее брата. «Она становится все меньше и меньше. Зубы ее врастают обратно в десны. Она станет совсем маленькой и ро-АИтся вновь от другой женщины, у которой не будет больше детей».

Позднее по мере углубления аутизма Вали она мечтает родиться без всякого посредства с окружающей реальностью «от самой себя».

399

Еще позднее с связи с развитием процесса разрыв между реально­стью и аутистическим миром перерастает у Вали (в 9 лет) в расщепле­ние между отдельными частями ее организма. «В головном ее мозгу жи­вут мысле-люди. У них есть мысле-школы, где мысле-учительницы учат, как воевать с эльфами, живущими в спинном мозгу. Мысле-люди уп­равляют мыслью, а эльфы — движением тела. Между теми и другими вражда». Страна мысле-людей по своей структуре напоминает страну хулиганов, но территория этой страны — сама Валя, ее мозг, а вражья сила не за пределами этой страны, а в ней же самой, в ее спинном моз­гу. «Эльфы, в нем живущие, заступили место враждебной ей реальнос­ти». Мысле-люди пользуются у Вали большим авторитетом. Мы.сле-че-ловек Вега приказала Вале отрезать клок волос, что та и сделала (импе­ративная галлюцинация).

Еще позднее, ощущая нарастающую в себе перемену, отсутствие инициативы, целенаправленности, аффективное оскудение, ребенок со­здает еще один вариант фантазии — страну «потерявольцев», теряющих облик человеческий в силу потери воли и превращающихся в обезьян (к потерявольцам она, видимо, причисляет и себя, подобно тому как раньше она себя отождествляла с хулиганкой).

Следует отметить необычайную стереотипию фантастической сис­темы Вали в ее деталях. Страна мысле-людей и страна потерявольцев в подробностях воспроизводят страну хулиганов.

Со стороны физической у Вали диспластический тип строения тела со склонностью к ожирению. В остальном — норма.

В приведенном случае мы имели явное перерастание аутис-тических построений в бред, что облегчает дифференциальную диагностику с психопатией типа «фантастов».

**СИМПТОМОКОМПЛЕКС НАВЯЗЧИВЫХ СТРАХОВ И ДЕЙСТВИЙ**

Третий, часто встречающийся в дошкольном возрасте симптомокомплекс — это симптом окомплекс навязчивых страхов и действий, протекающий на депрессивном фоне и часто со­провождаемый, кроме того, тиками.

У ребенка, страдающего вышеупомянутой симптоматикой, начинают появляться мысли о смерти, чужой и своей, в разно­образных вариантах. Иногда имеют место даже попытки к са­моубийству в возрасте 6—7 лет.

Мысли о смерти начинают принимать характер навязчивых опасений (обрушится дом, обвалится стена, будет наводнение в случае порчи водопровода, «буду раздавлена поездом, трамва­ем», «заражусь» и т.д.). Вместе с тем появляются ипохондри­ческие жалобы: «руки и ноги ломят, млеют, сердце сжимается,

*лап*

сердце плакать хочет» и т. д. Наряду с навязчивыми представ­лениями возникают навязчивые действия: постучать ногой, под­прыгнуть на месте, дотронуться до какого-либо предмета, из­дать особый звук и т. д. Одновременно нередки тики. В то же время сны и фантазии ребенка полны агрессивных тенденций против окружающих (видит во сне войну, кровь и т. д.).

За упомянутым симптомокомплексом, занимающим передний фон картины, мало-помалу начинают выкристаллизовываться расстройство мышления и аффективное оскудение ребенка. При­ведем пример.

Олег М. 6 лет. Происходит из семьи, где оба родителя страдали мяг­ко выраженной формой шизофрении.

Темпы двигательного и интеллектуального развития ранние. Тяже­лыми детскими инфекциями не болел. Когда Олегу было 3 года, родил­ся его братишка, к которому ребенок стал проявлять агрессию, бил его, толкал, бранил; когда тот начал ходить, подводил его к острому углу какого-либо предмета и бросал на него, чтобы тот ушибся. Рос замк­нутым ребенком. Преобладал интерес к движущимся игрушкам и меха­низмам. Без конца их рисовал во всех деталях. В возрасте б лет у ребенка появились высказывания, что° поезд раздавит маму. Начал стро­ить агрессивные фантазии на тему о войнах, убийствах. Кровь фигу­рировала в его творческих продукциях в разных вариантах. Затем на­чинает фантазировать, что будет с ним, если он ляжет на рельсы же­лезной дороги. Стал навязчиво бояться быть раздавленным. Убегал с вокзала, не мог видеть поездов. В возрасте 7 лет мать застала его дваж­ды с ножом в руках и с расстегнутым воротом рубашки. Говорил о том, что, пожалуй, нож не дойдет до сердца и попадет в кость. В 3i >м же возрасте возникли тики в веке правого глаза и заикание.

Мало-помалу за картиной навязчивости начинает отчетливо обозна чаться ясное расстройство ассоциаций и аффективная деградация. Ус­певаемость в занятиях снижена. Временами стереотипно повторяющие­ся состояния возбуждения с автоматическим бегом по комнате. Со сто­роны физической: астенический тип сложения тела, туберкулезная интоксикация, симптом Хвостека.

Прежде чем перейти к анализу сущности описанного симп-томокомплекса, отметим, что первые признаки его обычно возни­кают в конце первого возрастного криза ребенка, имеющего ме­сто в возрасте 3—4 лет. В этом периоде обычно начинает усиленно Функционировать корковая нервная система: ребенок овладева­ет сполна речью, в его движениях исчезает беспорядочность и появляются целенаправленность и целеустремленность. В систе­ме эндокринного аппарата начинает усиленно функционировать Мозговой придаток (первый подъём кривой роста}. Эти изменения организма, именуемые в немецкой литературе первым пубертатным

- 401

периодом, обычно сопровождаются определенным сдвигом в пси­хике: ребенок стремится к большей самостоятельности и к вы­явлению вовне своей нарастающей активности. Взрослые же обычно недоучитывают потребности ребенка и ставят на пути осуществления его пробуждающихся влечений определенные тормоза. В результате у ребенка появляется реакция агрессии во всех ее вариантах (упрямство, злоба, агрессивные акты, отход от реальности). Эта стадия носит название «Trotzperiode». В норме эта реакция частично изживается в упомянутых формах, а час­тично переключается в русло активной, познавательной творчес­кой деятельности.

У шизофреника, у которого начало процесса пришлось на упомянутый период возрастного криза, из-за снижения у него интереса к реальности, с одной стороны, а с другой — благода­ря известному снижению эффективности это изживание агрес­сии и переключение ее вовне затруднены и агрессивность ре­бенка сохраняется, частично тормозясь, частично устремляясь на самого себя.

У Олега агрессия не проявляется свободно вовне, мало пе­реключается в творческую деятельность. Она выливается в фан­тазии, устремляется на себя (стремление к самоубийству), час­тично претерпевает метаморфозу (навязчивые опасения попасть под поезд, быть раздавленным).

Результатом этой же напряженности аффекта являются и тики.

*Дифференциальный диагноз* с психопатией и с реактивным состоянием облегчается тем, что за основным симптомоком-плексом всегда нетрудно разглядеть нарастающий аутизм, рас­стройство мышления и аффективное снижение.

**АНЭТИЧЕСКИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС**

Четвертый симптомокомплекс, встречающийся уже в возрасте 3—8 лет, условно назван нами анэтическим.

В центре клинической картины стоит ясно выраженная аф­фективная тупость, приводящая детей этой группы к система­тическим антисоциальным реакциям.

Дети без всякого повода, мимоходом бьют других детей, ку­сают, щиплют, берут чужое, назло взрослым ломают вещи, лгут, а позднее в более старшем возрасте проявляют сексуальную рас­пущенность, проституируют, поджигают, бродяжничают, совер­шают хулиганские поступки и грабежи.

**402**

Часто все вышеуказанные действия носят бесцельный, по­чти импульсивный характер, но наряду с этим нередко можно отметить повод и цель совершаемого агрессивного антисоциаль­ного акта. Интеллект обычно долгое время остается на уровне приблизительной нормы. Аутизм и постепенно то там, то здесь проглядывающее расстройство ассоциативных связей позволя­ют дифференцировать эту группу с психопатиями типа «врагов общества» по Крепелину. Иллюстрируем сказанное примером.

Женя К. обратилась в клинику в возрасте 14 лет. Тетка больной считает, что болезненные проявления начались с пятого года жизни.

Со стороны наследственности у девочки много психопатических личностей. Темпы двигательного и интеллектуального развития совер­шенно нормальны. До пятого года жизни ничем особенным от детей сво­его возраста не отличалась. В возрасте 4У3 лет начинает проявляться стремление делать все наоборот, с детьми стала очень агрессивна, в отношении взрослых проявляла тенденцию сделать что-нибудь назло: например, тащит чужие вещи и выбрасывает их за окно. Стала замкну­той, Живет своим внутренним миром. С б лет увлекается подражанием цыганам. Расчесывает волосы на пробор, украшает себя разноцветны­ми тряпками, пытается подражать цыганскому языку, строить шалаши и т. д.

Будучи отдана в школу, сначала учится удовлетворительно, но без особого интереса; из года в год успешность падает. Трудности поведе­ния нарастают. Пропускает уроки, бродяжничает.

В возрасте 13—14 лет сошлась с беспризорниками и будто под их влиянием совершает ряд «хулиганских» поступков. Устраивает поджо­ги и сама звонит пожарным. При беседе с врачом держит себя фор­мально. По существу глубокого контакта нет, малодоступна. В ответ на вопрос о мотивах поджогов заявила, что «нравится делать панику». Мо­торика неловкая, заторможенная, мимика не адекватная аффективным переживаниям. Эмоционально сильно уплощена.

На основании признака прогредиентности, интеллектуального и аффективного оскудения психопатия типа «врагов общества» по Крепелину здесь исключается полностью. Указанная группа чрезвычайно сходна с описанными в литературе «криминаль­ными гебоидами», но там процесс датируется обычно подрост­ковым возрастом. В появлении анэтического симптомокомплек-са, видимо, играют роль различные моменты. С одной стороны, агрессия, свойственная этому возрасту, предрасполагает к по­явлению стенических реакций, с другой стороны, аффективная тупость при шизофрении облегчает направление реакций на путь антисоциальных действий.

**ГЕБЕФРЕНИЧЕСКИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС**

Кроме указанных симптомокомплексов в дошкольном возрасте наблюдается иногда гебефренический симптомокомп-лекс, характеризуемый постепенно развивающейся разорванно­стью мышления и поведения, налетом манерности, дурашливос­ти, импульсивности и немотивированностью реакций.

Болезнь начинается обычно исподволь, течет месяцами и го­дами, диагностируется как психопатия.

**АМЕНТИВНО-ДЕЛИРИОЗНЫЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС**

Аментивно-делириозный симптомокомплекс в этом воз­расте наблюдается очень редко.

Галлюцинации, обычные при этом симптомокомплексе, боль­шей частью носят характер зрительных образов, напоминаю­щих обманы чувств при инфекционных делириях. Преоблада­ние зрительных галлюцинаций, видимо, стоит в связи с эйде­тической способностью детей этого возраста. Как правило, аментивно-делириозный симптомокомплекс сопровождается сильным аффектом страха. Иногда имеют место и параноид­ные высказывания.

В школьном возрасте часть симптомокомплексов стоит бли­же к симптомокомплексам дошкольного периода, подавляющее же большинство имеет сходство с шизофренией подросткового возраста. Встречается, правда, очень редко, затянувшийся и не перешедший в другой вариант симптомокомплекс бредоподоб-ных фантазий. Депрессивный фон статуса мы встречали очень часто, но он не был окрашен симптомокомплексом навязчивос­ти. Ипохондрические высказывания имеют место и здесь, но ис­точником их являются в первую очередь, видимо, неприятные, извращенные ощущения, идущие от собственного тела. Особен­но часто бывают жалобы на изменение своих глаз: «глаза мут­ные стали, не видят ничего», «глаза ломят и болят». Неодно­кратно встречаются ипохондрические жалобы, связанные с та­хикардией и легочной одышкой. Параноидные высказывания вопреки точке зрения Гомбургера, считающего параноидные кон­цепции несвойственными детскому возрасту, мы встречали до­вольно часто, но в сравнительно мягкой форме: «меня ругают, надо мной смеются, не хотят со мной водиться, в школе меня будут ругать» и т. д. Нередко возникает бред отношения в сле­дующей форме: «родители ко мне плохо относятся, значит, я не их сын или дочь» и т. д.

Гораздо менее, чем в дошкольном возрасте, заметно пре­обладание зрительных галлюцинаций, зато часты голоса, окри­ки, шёпот.

Гебефренический симптомокомплекс имеет в школьном воз­расте уже гораздо более богатую симптоматику: более выражен­ная разорванность ассоциативных связей, большая склонность к манерности, театральности, гримасничанью.

Анэтический симптомокомплекс имеет место также в школь­ном возрасте.

Острое начало болезни, проявляющееся аментивно-делири-озным симптомокомплексом, значительно учащается в сравне­нии с дошкольным возрастом и гораздо более ярко выражено, чем в последнем.

Иллюстрируем этот симптомокомплекс примером.

Люся Г. 9 лет. Родители обратились к врачу по поводу того, что за последний месяц у ребенка появилось психотическое состояние, выражающееся в периодически возникающей спутанности с бредом и галлюцинациями. В промежутках между состояниями острого возбуж­дения сознание также частично расстроено.

Врач при попытке вступить с ребенком в беседу получает единич­ные правильные ответы наряду с нарушением ориентировки в окружа­ющем: среди беседы внезапно на лице ребенка появляется мимика ужа­са и злобы, девочка срывается с места и с криком: «Тетя — волки, ты волк!», «Волки в лесу! Бей их!» — бросается на врача, пытаясь бить его руками и ногами. Беспощадно бьет удерживающих ее лиц. Все время продолжает галлюцинировать и обороняться. Абсолютно недоступна воз­действию раздражителей извне. Сознание резко нарушено.

Аментивно-делириозный симптомокомплекс в ряде случаев постепенно затухает, уступая место ремиссии, в части же слу­чаев мало-помалу стихает, переходя в какой-либо другой симп­томокомплекс: параноидный, кататонический, гебефренический, депрессивный и т. д.

В подростковом возрасте наблюдаются значительные эндок­ринные сдвиги; кроме того, в этом периоде вновь выступает дис­социация между корковой и подкорковой системой и становит­ся возможным усиленное выявление механизмов последней. По­этому гебефренические механизмы здесь значительно богаче и встречаются чаще. С другой стороны, благодаря пробуждению в этом возрасте новых влечений и побуждений, особенно сек­суального порядка, жизнь подростка часто изобилует конфлик­тами со средой. Отсюда понятно, что антисоциальные проявле­ния в этом возрасте очень часты, но они же и гораздо более преходящи, чем стойкий анэтический симптомокомплекс, имеющий

405

корни в аффективной тупости ребенка-шизофреника более млад­шего возраста.

Эндокринный сдвиг, начавшийся в препубертатном и нашед­ший полное свое выражение в пубертатном периоде, видимо, является причиной того, что 50% случаев шизофрении, падаю­щих на этот возраст, имеют острое начало в виде аментивно-делириозного симптомокомплекса. Эти состояния могут быть чрезвычайно сходными с инфекционными делириями, и только отсутствие температуры и инфекции, с одной стороны, и небла­гополучный исход — с другой, позволяют поставить верный диагноз.

На всех прочих симптомокомплексах, составляющих осталь­ные 50% (гебефреническом, кататоническом, депрессивном, анэ-тическом), лежит печать своеобразных высказываний, связанных с усиливающейся в этом возрасте сексуальностью ребенка.

Девочка-подросток с параноидными концепциями утверждает, что ее «испортил скорняк», «наложил на ее тело черную и чер­вонную печать»; другая девочка с гебефреническим симптомо-комплексом конфабулирует на тему о том, что «из-за нее заст­релился офицер» и т. д.

Приводим в этом смысле исключительно демонстративный случай.

Тоня К., 15 лет, из сильно отягощенной психопатиями и шизофре­нией семьи. Заболела остро со следующими явлениями.

Ночью, неожиданно помочившись под себя, возбудилась, стала ут­верждать, что у нее менструация, что у нее родился ребенок и набухли груди для его кормления, прижимала к себе подушку, утверждала, что это ребенок, прикладывала ее к своей груди, пыталась сдаивать молоко из сосков. Одновременно рассказывала, что ее муж — мальчик из ее школы.

В школьном и подростковом возрасте приходится иногда наблюдать шизофрении, протекающие в виде приступов (цир­кулярные формы шизофрении), причем приступы, окрашенные в тона возбуждения, чередуются с протекающими на депрес­сивном фоне. Дифференциальная диагностика с маниакально-депрессивным психозом в таких случаях проводится на основа­нии отсутствия как в той, так и в другой фазе эмоциональной насыщенности. Меньше всего приходится при дифференциаль­ном диагнозе основываться на кататонических явлениях, ибо та­ковые нередко имеют место в детском возрасте при циркуляр­ном психозе.

Проследив в динамическом разрезе симптомокомплексы шизофрении, возникающие в разных возрастных периодах жиз-

ни ребенка, мы видим, что чем дальше мы отходим от раннего детства, тем детская шизофрения становится все ближе по симп­томатике к картине шизофрении взрослых.

Что касается симптоматики той и другой, то можно считать доказанным, что нет симптома шизофрении взрослых, который, хотя бы в виде рудимента, не встречался у ребенка.

Так, в возрасте четырех лет мы видели настоящее «расщеп­ление» психики.

Ниночка Т., 4 '/2лет, говорит: «Я буду сейчас кушать, а вот Ниночка будет кормить Нисика», «Я лягу спать и уложу с со­бой маленького Нисика», «У Ниночки съеден весь суп, а Нисик еще не кушала» и т. д.

За столом Ниночка усиленно кормит свои ручки, в кроватке укладывает их спать. Ее носик и ручки требуют себе чистень­кого фартучка. Расщепление яркой нитью проходит, как мы ви­дели, через историю болезни Вали С, 8 лет, и особенно четко выразилось в высказываниях подростка Люды М., 17 лет. «Две Людмилы во мне. И обе делают и хотят разное».

Первичное расстройство мышления мы встречали с четы­рехлетнего возраста: «Попробуй перчаточки, они холодные, но попробуй не ручкой, а ложечкой», «Нисик думает головкой, па­почка— ножкой», «Ты, тетя, как елка, как снежная баба, и на тебе много лесничек» (Федя, 4 лет, Нисик, 5 лет). «Вот едет му­жик, и вот лошадка, у нее копыто, а вдруг лошадка "пыпа" (?)» и т. д. (Олег, 6 лет).

В более позднем возрасте первичное расстройство мышле­ния является постоянным спутником клинического статуса.

Галлюцинации встречались с самых первых лет жизни. Вна­чале преимущественно зрительные, позднее слуховые и даже общего чувства и обонятельные. Валя С. испытывает чувство жара в затылке. «Там жарко, в затылке, это Жаров переулок, там мыс-ленок, сын Мысле-Веги живет» (фантастически-бредовая интер­претация). Бредовые идеи, единичные в возрасте 4—6 лет, по­зднее составляют далеко не редкое явление. Даже симптом Деперсонализации, казалось предполагающий значительную зре­лость психического аппарата, имеет место с 8—9-летнего воз­раста. Нарушение схемы тела: «рост конечностей», главным об­разом рук, имеет место с семилетнего возраста как четко офор­мленный симптом.

Следует только помнить, что все явления у ребенка-шизо-Френика мягче, тоньше, труднее вскрываются и для своего

407

обнаружения требуют нередко не толь­ко опроса и очень точного наблюдения, но и специальной игровой методики (рис: 3).

При изучении личности ребенка-шизофреника следует помнить о той реакции, которую многие дети дают на свою болезнь, на изменение своей лич­ности: «стал совсем другой», «точно подменили; вкус к жизни потерял». Валя С, ощущая нарастающую пассив­ность в себе и отсутствие целеустрем­ленности в своих реакциях, называет себя «потерявольцем» и говорит, что потерявольцы теряют вид человека и превращаются в обезьяну.

Что касается *физического* и *невро­логического* статуса детей-шизофре­ников, то здесь, как и у взрослых ши­зофреников, не встречается ничего особенно специфического для данной болезни. Преобладают астенический и диспластический типы строения тела. Очень часты явления туберкулезной интоксикации в средней и тяжелой сте­пени.

Некоторые дети, особенно школьно­го и подросткового возраста, обнару­живают признаки очень быстрого рос­та и преждевременного полового раз­вития. В то же время у части детей были налицо все признаки физического инфантилизма. Очень часто наблюдается симптом Хвостека как показатель спазмофильного диатеза.

Со стороны вегетативной нервной системы отмечаются: ци­аноз конечностей, яркий дермографизм, усиленная саливация и потливость.

*Течение и исход.* Препсихотическая личность детей-шизо­фреников чаще всего может быть включена в рамки шизоидно­го круга. Обычно мы встречаем среди них детей замкнутых с аффективностью, колеблющейся в пределах анэстетичности и гиперэстетичности; очень часты «странности» и «трудности» поведения.



Рис. 3

Шизофрения (мягко те­кущая форма). Тоня Г., 2 года 11 месяцев (пси­хонервная клиника ГНИОММ).

Нередко в шизоидную личность вкраплены черты эпилепто-идного круга (особенно у детей с анэтическим симптомокомп-лексом и с симптомокомплексом бредоподобных фантазий). Ха­рактерно то обстоятельство, что детей с колебаниями настрое­ния между полюсами повышенного и пониженного мы не встречаем почти совсем.

При суждении о личности шизофреника до процесса всегда надо остерегаться принять за черты характера то, что является уже процессуальным симптомом.

Анамнез детей-шизофреников дает в ряде случаев указание на наличие отсталости развития в двигательном и интеллекту­альном отношении, констатируемой в самом раннем детстве (пропфшизофрения2 в смысле Крепелина).

*Первые предвестники и ранние симптомы* шизофрении мо­гут быть очень слабо намечены и вуалироваться живой эмоцио­нальностью малого ребенка. Иногда это эпизодические галлю­цинации зрительного порядка, возникающие чаще всего среди ночи или в сумерках; иногда это внезапно появляющееся и едва уловимое расстройство мышления, или неожиданно возникшая аутистическая фантазия; очень часто навязчивость, неадекват­ность поведения настроению, депрессия без глубокой аффек­тивной насыщенности. Так называемые «трудности» детского поведения являются очень часто первым симптомом процесса. Ранние симптомы могут быть долгое время эпизодами. Лишь постепенно обрисовывается сдвиг во всей личности в целом в сторону большего аутизма и эмоциональной уплощенности. Но при оценке сдвигов не следует упускать из виду те естествен­ные характерологические перемены, которые обусловливаются возрастными кризами.

Особенного внимания заслуживают жалобы детей на общее недомогание, вялость, головные боли, неохоту к труду. Ребенок становится апатичным, пассивным, перестает принимать учас­тие в детских играх, жалуется на усталость или же становится упрямым, раздражительным, допускает массу выходок, могущих на первый взгляд импонировать, как детская шалость, но со­вершенно лишенных естественной детской живости и свежести.

Течение шизофрении необычайно вариабельно. Симптомо-комплексы редко проходят через все заболевание в неизменном перманентном виде. Чаще всего мы имеем смену, иногда даже неоднократную, отдельных симптомокомплексов в течение всего

*Пропфшизофрения* — возникновение шизофрении у лиц, страдающих олегофренией *(примеч. ред.)*

жизненного пути ребенка или сосуществование разных симпто-мокомплексов в едином статусе.

Наибольшим постоянством по нашим наблюдениям облада­ли анэтический симптомокомплекс и в ранние детские годы ка-татонический на фоне катастрофически текущего процесса.

Гебефренический, мягко текущий кататонический, параноид­ный часто замещали, покрывали один другой или сосущество­вали в различных сочетаниях.

Что касается прогноза, то он для различных симптомокомп-лексов неодинаков. Незначительная литература, собранная по вопросу о детской шизофрении, касается главным образом лишь статики шизофрении. Динамика 100 случаев, прослеженных нами сроком от 2 до 15 лет, дает нам возможность высказать по по­воду прогноза ряд соображений.

Шизофрения раннего возраста с бурно протекающим ката-тоническим симптомокомплексом давала почти всегда глубокую деградацию и имела безусловно дурной прогноз. Что касается формы, где ведущим был симптомокомплекс навязчивости на деп­рессивном фоне, то прогноз здесь оказывается далеко не пло­хим. Дети дают ремиссию, учатся в школе, в жизни социально ценны, но в то же время всегда люди «со странностями». Не­дурным в прогностическом отношении оказывается симптомо­комплекс бредоподобных фантазий. Анэтический симптомо­комплекс делал детей очень трудными в воспитательном отно­шении и всегда относительно социально неполноценными. Интеллект их и здесь долго оставался сохранным.

Упомянутые три симптомокомплекса представляли большое сходство с «чудаками», «фантастами» и «врагами общества» (по Крепелину).

Во всех этих случаях к симптомам процесса как такового всегда присоединялись симптомы патологического развития лич­ности на измененной шизофреническим процессом почве и про­цессы так называемой компенсации.

Прогноз остро начавшихся (аментивно-делириозных) состо­яний различен; нередко, как мы уже говорили, остро начавший­ся процесс давал ремиссии, в других же случаях он открывал собой другие симптомокомплексы: кататонический, гебефрени­ческий, депрессивный, параноидный.

*Дифференциальная диагностика* шизофрении нами была ука­зана при описании отдельных симптомокомплексов.

Дифференциально-диагностические трудности иногда пред­ставляет так называемая «симптоматическая» шизофрения, т. е. шизофреноподобный симптомокомплекс {кататонические явления,

бредовые концепции, галлюцинации), имеющий место при ин­фекционных заболеваниях центральной нервной системы (ми-лиарный туберкулез, сифилис мозга).

Генуинная шизофрения исключается тогда главным образом на основании наличия симптомов указанных инфекций.

*Этиология и патогенез. Наследственная отягощенность* в случаях шизофрении, начавшихся в детском возрасте, довольно значительна. По данным генетики, шизофрению следует считать наследуемой по законам рецессивной передачи. Отягощенность по боковой линии действительно представляет обычное явление. Но в случаях ранней шизофрении очень часто констатируется двусторонняя прямая отягощенность.

Бросается также в глаза наличие среди членов семьи и пред­ков детей, больных шизофренией, большое количество личнос­тей, относящихся к шизоидному кругу.

Этиология шизофрении нам до сих пор неясна. Учитывая большое значение врожденного предрасположения, есть осно­вание думать, что в основе шизофрении лежит абиотрофичес-кий процесс, сводящийся к постепенному увяданию ряда сис­тем в мозгу.

Сумма экзогенных вредностей (физические и психические травмы и инфекции), встретившихся на жизненном пути ребен­ка, видимо, может оказать большое влияние в смысле выявле­ния скрытого предрасположения, и сила этого влияния растет параллельно росту ребенка.

*Патологическая анатомия* шизофрении в детском возрасте существенно от таковой взрослых не отличается (следует заме­тить, что эта область еще очень мало разработана). Изменения мозга сводятся к дегенеративным изменениям эктодермы: скле­роз, перерождение, вакуолизация, гибель клеток с последующим запустением в коре.

В значительно меньшей степени страдает фибриллярный ап­парат нервных элементов и в еще меньшей степени — танген­циальные нервные волокна.

Со стороны глии констатируются как прогрессивные, так и регрессивные изменения. Поражения сосудов бывают лишь вто­ричного характера.

Описанные изменения констатируются преимущественно в лобных долях (в третьем и пятом слое), а кроме того, и в других частях коры и в подкорковых ганглиях.

В отношении *лечения* шизофрении перепробовано очень мно­го средств без достаточных результатов: лечение эндокринными

411

препаратами, очень популярная за последнее время лизатоте-рапия, лечение гипертермией (прививка малярии) и т. д.

Значительных успехов можно достигнуть лишь путем лечеб­ной педагогики. Вовлечением ребенка в жизнь коллектива, на­сыщением среды яркими эмоциональными раздражителями мож­но пробить брешь в стене его аутизма и сделать его социально приемлемым членом детского общества. В случаях мягко теку­щего процесса ребенок может совершать свой обычный жиз­ненный путь (ясли, детсад, школа, вуз), но наблюдение за ним в порядке диспансеризации и индивидуальный подход в процессе обучения являются крайне необходимыми.

Ввиду чрезвычайно часто наблюдающейся у шизофреников туберкулезной интоксикации чрезвычайно важна *профилактика туберкулеза.*

В основном же *профилактика детской шизофрении* должна идти по следующим линиям. Во-первых, *предупреждение браков между двумя шизофрениками* либо лицами с резко выраженной двусторонней шизофренической отягощенностью. Это осуществ­ляется при посредстве советов, даваемых в психогигиенической консультации по вопросам брака. Второй путь профилактики — *работа над замкнутыми детьми,* принадлежащими к шизоид­ному кругу, с целью воспитания в них навыков коллективного общения и усиления их направленности вовне, на окружающую реальность (коллективное воспитание, вовлечение в общест­венную работу, в пионеротряд и т.д.), ибо замыкание в своем внутреннем мире ведет обычно к неумению изживать конфлик­ты и к накоплению громадного количества комплексных пере­живаний, являющихся опасным грузом для часто и без того чрез­мерно ранимой нервной системы шизоидного психопата. (Вспом­ним приведенное выше соображение о роли психических травм в этиологии шизофрении.)

**Т. П. Симеон**

**НАЧАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ШИЗОФРЕНИИ РАННЕГО ВОЗРАСТА1**

Многие патологические феномены детской психики, трактуемые как симптомы «детской нервности», могут оказать­ся сигналом начала эндогенного шизофренического процесса. Но качество их резко отлично от настоящих «невротических явлений».

Так называемые *ночные* и *дневные* страхи, приобретая в ряде случаев особые свойства, могут являться первыми признаками шизофренического процесса. Каковы же эти особые свойства?

Подвергая анализу чрезвычайно частые в раннем детском возрасте страхи, мы обычно обнаруживаем два обстоятельства, способствующих их появлению. Это, во-первых, распространенное запугивание ребенка устрашающими образами и чтением ему неподходящей литературы2 и, во-вторых, эйдетическая способность детей, благодаря которой виденные и слышанные ими устраша­ющие образы и сцены долгое время удерживаются в их представ­лении и нередко даже проецируются вовне в ярких галлюцина­торных феноменах. Большое значение имеет, конечно, и то обс­тоятельство, что психика ребенка более ранима, чем психика взрослого, и незнакомый или неожиданный травмирующий ребен­ка раздражитель скорее выводит его из состояния равновесия.

При наличии таких реактивно возникших страхов поведение ребенка обычно аффективно насыщено; овладевающую им эмо­цию страха он пытается немедленно изжить путем установле­ния связи с окружающей действительностью. Он зовет своих близких, бросается к ним, кричит, прячет лицо в коленях мате­ри, ища защиты от устрашающих его образов. Последние чуж­ды ребенку, интимно с его личностью не спаяны. Реальность ими не заслоняется, ребенок стремится в нее уйти от охватив­шего его чувства испуга.

В основе тех страхов, которые нередко ознаменовывают на­чало шизофренического процесса в раннем детстве, лежат обычно галлюцинаторные явления. По своему содержанию эти галлю­цинации не бывают, как правило, связаны с каким-либо извне

*Симеон Т. П.* Шизофрения раннего детского возраста. М., 1948, стр. 17— 30, 92—114.

В годы войны к этому следует прибавить испуг от воздушного нападения, зверств фашистов в .оккупации и т. д.

413

идущим и травмировавшим ребенка раздражителем, не являют­ся следствием пережитого впечатления, проецированного вов­не, благодаря эйдетической способности ребенка (хотя послед­няя у ребенка-шизофреника бывает подчас заметно усилена в сравнении с нормой). Содержание этих обманов чувств часто совсем не связано с образами реального мира. Кроме того, в этих галлюцинациях нередко с несомненностью отражается рас­стройство ассоциативной связи в представлениях, возникающих в сознании больного ребенка. Так, последний видит «голову на тарелке», «черви в глазах у папы» и т.д. Укладываясь спать, ребенок среди зимы вдруг видит стаю комаров, слышит их жуж­жание и в ужасе выскакивает из кроватки; иногда он жалуется на ползание жуков, которых в действительности нет. Среди спо­койно протекающего процесса еды в коллективе, когда внима­ние детей всецело занято приемом пищи, ребенок-шизофреник устремляет взор к потолку и видит там спускающиеся сверху аэропланы. Он отказывается ложиться спать, ибо «под крова­тью волки, медведи», мыться, ибо «в воде черные лягушки». Галлюцинирует «страшными» зверями, людьми и т.д.

Особенно часто галлюцинаторные явления, сопровождаемые страхом, наблюдаются в сумерках. Гипногогические3 галлюцина­ции, ведущие к состоянию страха, также встречаются довольно часто. Дети в момент засыпания и пробуждения видят различ­ные образы и сцены, обычно также не связанные с реальностью.

Характерно отношение больного ребенка к переживаемому им явлению. Связь его с последним обычно теснее, чем с окру­жающей его реальностью. В силу этого дети не только не лю­бят делиться переживанием страха со взрослыми, но обычно от­носятся к нему как к чему-то интимному, «своему», тесно свя­занному с их личностью, и неохотно о нем говорят. Мало того, в момент наступления обманов чувств они нередко даже уеди­няются от взрослых, переживают их аутистически, вдали от всех и редко ища от них защиты. По широко раскрытым глазам, зас­тывшему взгляду, испуганной мимике лица и вскрикиваниям можно судить о ярком переживании страха, сопровождающем эти состояния. Нередко ребенок что-то шепчет про себя, кого-то гонит, от кого-то обороняется, кому-то угрожает, кого-то драз­нит, иногда прячется1 в страхе под.кровать или в угол. Эти со­стояния протекают либо сериями, либо единичными эпизодами. Переход от них к реальности обычно затруднен, и ребенок лишь

3 Гипногогические галлюцинации возникают в гипноидной фазе, состоя­нии, промежуточном между сном и бодрствованием (примеч. *ред.}-*

постепенно входит в действительность. Сознание нередко в та­ких случаях частично нарушено.

Кроме особого качества страхов, дающего право говорить о последних как о ранних шизофренических симптомах, немало­важное значение имеет и необычайная интенсивность последних. Огромная распространенность у детей страха быть одному в ком­нате при наличии неправильного подхода взрослых (запугива­ние) всем хорошо известна. Но у шизофреника он достигает не­бывалой интенсивности, заставляя 3-летнего ребенка разбить стек­ло с целью выпрыгнуть с 3-го этажа, когда он остался по оплошности взрослых запертым в комнате.

Характерной особенностью страхов у детей-шизофреников является их способность и склонность к *генерализации.* Ребе­нок, испугавшийся пожара, боится не только толпы, шума, суе­ты, вокзалов, метро, но и собаки, кошки, куриного пера, ваты и т. д. Связь этих страхов с первоначальным раздражителем иног­да невозможно даже обнаружить.

Помимо описанных состояний страха у шизофреников нередки еще и другие явления навязчивогр порядка; их мы коснемся в разделе навязчивости как раннего симптома шизофрении.

Среди ранних шизофренных симптомов нам не раз встре­чались своеобразные зрительные динамические феномены: «ожи­вали глаза на портретах», «приходили в движение» руки и ноги на картинах. Эти состояния также переживались ребенком аутич-но, и лишь из случайных высказываний ребенка удавалось уз­навать о них.

Чрезвычайно неприятным аффективным тоном сопровож­даются у детей-шизофреников далеко не часто встречающиеся ощущения, связанные, по-видимому, с расстройством *схемы* тела и с психосенсорными нарушениями; у ребенка вырастают и пух­нут руки и ноги; своеобразно «устают» руки, и он вынужден нарушать это чувство усталости, сжимая их в кулачок и смачи­вая водой или слюной; немеет полость рта или язык, и ребенку кажется, что его нет во рту; или язык «принимает громадные размеры», и ребенок бежит смотреть на него в зеркало; пальцы ощущаются как ленточки; ребенок вдруг дико кричит, что у него нет носа и т. д. Явления, хотя бы отдаленно напоминающие ука­занные у нормального ребенка, отсутствуют. Описанные фено­мены в начале своего появления обычно пугают ребенка как нечто ему чуждое, позднее они нередко входят в круг его обыч­ных ощущений4.

Указанные явления встречаются обычно не раньше 4—5 лет.

*Навязчивость* (навязчивые мысли, страхи, действия) чрезвы­чайно часто является одним из первых шизофренических симп­томов. В самом начале своего возникновения она нередко по­зволяет нам обнаружить ряд понятных связей с каким-либо кон­фликтным переживанием ребенка (страх, что родителей, к которым столь часто в детстве бывает амбивалентное отноше­ние, переедет трамвай; опасение, что его самого, испытываю­щего чувство вины за какой-либо «проступок» или проявившего агрессию против своих близких, переедет поезд, и т. д. и т. п.). Часто на первом этапе своего существования (впрочем, очень коротком) эти навязчивые мысли и опасения даже ярко эффек­тивно насыщены и импонируют как проявление «нервности». Иногда же навязчивые представления ребенка с самого начала поражают своей необычайностью. Так, ребенок 5 лет навязчиво моет руки — «все грязные» (влияние утрированно чистоплотных взрослых, окружающих ребенка, исключено); ребенок 4 лет навяз­чиво боится, что дом плохо построен и обрушится на него и т. д.

Мало-помалу навязчивость, включающая ограниченный круг представлений, генерализуется. Так, ребенок-шизофреник 51/2 лет, первоначально боявшийся, что родителей постигнет какая-либо беда, в дальнейшем навязчиво опасается, что в доме испортится водопровод и зальет дом, что электричество испортится, что сте­ны в квартире обрушатся и т. д. С течением времени симптом навязчивости претерпевает изменения: исчезает всякая понят­ная связь навязчивого содержания сознания с конфликтными переживаниями ребенка; навязчивость захватывает новые пред­ставления, не связанные с прежними; аффект выхолащивается. Весь психопатологический механизм остается как форма реак­ции, лишенная своего содержания и становящаяся автоматизи­рованным стереотипным актом.

Наряду с навязчивыми страхами и представлениями у де­тей-шизофреников болезнь нередко дебютирует навязчивыми действиями: ребенок без конца зашнуровывает и расшнуровывает свои ботинки, делает однообразные движения корпусом, конеч­ностями, лицом, издает «хрюкающие» звуки носом, перескаки­вает с места на место, перепрыгивает через камень, сучок, без конца закрывает все открытые пространства, двери, окна, ко­робки и т. д.

При этом, опять-таки вначале, все эти акты носят нередко аффективно насыщенный характер и питаются каким-либо кон­фликтным переживанием; впоследствии же связь с ним теряет­ся, феномен приобретает характер стереотипии и выхолащива­ется аффективно.

416

Как трактовать явления навязчивости в раннем периоде ши­зофрении? Есть ли это чисто процессуальный симптом или же «невротический», т. е. конфликт у ребенка в условиях шизофре­нического процесса ведет к образованию реакции в виде на­вязчивости? И, наконец, патогномоничен ли характер этой не-вротичности для шизофрении?

Конфликты, вообще сравнительно легко изживаемые у ре­бенка, благодаря ригидности шизофренической психики длитель­но паразитируют в последней. С другой стороны, амбивалент­ность — одно из типичных свойств ребенка-шизофреника.

В то время как здоровый ребенок разрешает возникшее у него амбивалентное отношение к объектам конфликта (обычно своим близким) обычно в параллельном обнаружении агрессии и любви, шизофреник надолго застревает на этой амбивалент­ности; он не отреагирует в должной степени вовне своей аг­рессии, и влечение к ней тормозится навязчивым страхом. Само качество навязчивости у него, как мы уже говорили, часто не­лепо уже с самого начала ее возникновения.

Характерным свойством этого синдрома у детей-шизо­фреников является также ранняя выработка часто также край­не нелепого ритуала с чрезвычайно быстрым автоматизированием последнего.

Навязчивость как ранний шизофренный симптом обычно по­является в возрасте 4—6 лет. От наблюдающейся у нормальных детей «невротической» навязчивости качество шизофренической навязчивости отличается довольно резко. В первом случае на­вязчивость эпизодична, кратковременна, тесно увязана с конф­ликтом, аффективно насыщена. Возникает обычно у стеничных детей и обусловлена своего рода задержкой порожденных кон­фликтом агрессивных влечений. Эти агрессивные влечения в силу эластичности детской психики скоро находят естественный выход, и навязчивость исчезает. Шизофреническая же навязчи­вость, возникающая также чаще всего у детей со «стеническим жалом», в силу ригидности психики шизофреника застревает на­долго и впоследствии, как правило, автоматизируется.

Фантазии в возрасте 3—5 лет, представляющие обычное яв­ление детской психики, в ряде случаев, приобретая особое ка­чество, становятся ранним шизофреническим симптомом. Это прежде всего аутистичность фантастических построений. Они являются содержанием внутреннего мира ребенка, интимно спа­яны с его личностью и ее переживаниями и конфликтами. Нередко в самом начале возникновения фантастической про­дукции мы видим, как аутистические фантазии реализуют в

аутистическом мире ребенка все то, в чем в реальности ребе­нок терпит ущерб. Примером сказанного является следующий случай.

Девочка Валя в возрасте 5—6 лет, ревновавшая мать к ро­дившемуся братишке, создала аутистическую фантазию, в кото­рой она становится с каждым днем меньше, даже «зубы уходят в десны», и она родится вновь от другой женщины, у которой, кроме нее, больше не будет детей. Тот же ребенок создает в своей фантазии целую страну, где дети делают все то, что хо­тят, а взрослым доступ закрыт (проникнуть туда могут лишь дети до 9 лет на буфере трамвая).

Причудливость этих аутистических построений и глубина отрыва их от реальности заставляют нередко видеть в них ши-зофренный симптом даже там, где, казалось, они еще психоло­гически понятны. Этот ребенок рисовал всех персонажей свое­го аутистического мира со своеобразно наполовину срезанными головами. Кроме того, все действующие субъекты, люди и жи­вотные, рисовались с большими животами, беременными. Если вначале еще можно говорить о конфликтном содержании этих аутистических фантазий, то позднее связь с травмирующим мо­ментом теряется, и фантастическая продукция принимает уже характер бредоподобных построений («страна мыслелюдей»), живущих в голове Вали и находящихся в антагонизме уже не с реальностью, а с «эльфами, обитающими в ее же спинном мозгу».

Второй отличительной чертой этих фантастических продук­ций является их однообразие, почти стереотипность. Они не дают той естественной динамики, которая связана со все расширяю­щимся в процессе развития кругозором ребенка. В течение ряда лет эти фантазии могут не выходить за пределы ставши\* штам­пованными схем, варьируя лишь в самых незначительных пределах.

Третья особенность фантастических продукций как раннего шизофренного симптома — это очень быстро наступающее ос­кудение их аффективной насыщенности в то время, как послед­няя в фантазиях у нормального ребенка очень сочна.

Наконец, последней отличительной чертой этих аутистических фантазий является то, что они могут совершенно заслонять со­бой реальность. В противоположность легкости переключения нормального ребенка с фантастики на реальность (ребенок, толь­ко что бывший на участке льда среди луж двора героем-челюс­кинцем или героически боровшийся с немцами, тотчас бежит

на зов матери, становясь обычным Ваней, Мишей и т.д.), мы здесь видим очень трудный отрыв ребенка от своего аутисти­ческого фантастического мира. В ряде случаев можно даже на­блюдать, как персонажи аутистического мира переносятся ре­бенком вовне и нередко даже благодаря эйдетической способ­ности реализуются в виде галлюцинаторных образов. Так, шизофреничка Нина X., пребывающая постоянно в аутистичес­ком мире, где актуальную роль играет девочка Лена, будучи вы­ведена энергичным вмешательством (зов, обращение к ней, по­каз яркого раздражителя) из своих аутистических фантазий в мир реальности, включает в последний свой персонаж и про­должает видеть в нем девочку Лену среди окружающих ее объек­тов реальности.

Нормальный ребенок активен в своей фантазии, он сопро­вождает ее моторными проявлениями, игровыми действиями. Шизофреник редко активен, и в таких случаях он легко теряет всякую коррекцию своих поступков. Так, шизофреничка 3'/2 лет, спокойно стоя рядом с педагогом, прокусывает неожиданно ему через халат ногу. На вопрос: «В чем дело?» — заявляет: «Я со­бака». Девочка неподвижно «жила» в роли собаки (не бегая, не ползая на четвереньках, не лая, как это обычно делают в игре дети, изображая собаку).

У детей-шизофреников очень раннего возраста (2'/2—3 лет) развернутым фантастическим продукциям нередко предшеству­ет стадия одухотворения предметов и объектов окружающей ре­альности, а иногда и частей своего тела. Банка из-под консер­вов, кубик строительного материала являются персонажами раз­нообразных действий. От обычного и у нормального ребенка этого возраста стремления к одухотворению эти акты отличаются слишком большой оторванностью персонажей от реальности и опять-таки малой аффективной насыщенностью процесса оду­хотворения: «Меня одел и причесал цветочек»,— говорит шизо­френик 3 У2 лет монотонным, лишенным каких-либо модуляций тоном; «Картинка обиделась»,— говорит шизофреник 3 лет, ро­няя кубик.

Расстройства *мышления* в виде нарушения ассоциативного процесса могут наблюдаться в качестве очень раннего шизо­френического симптома. Среди игры ребенка, в процессе фан­тастических высказываний, в спонтанной речи и беседе можно уловить внезапное расстройство ассоциативных связей, являю­щееся нередко единичным эпизодом на фоне логично протека­ющего мышления ребенка. Чаще всего эти эпизоды совпадают

во времени с нижеописанными нами фазами измененного на­строения и поведения ребенка. Ребенок-шизофреник *4х/* лет го­ворит: «Какие холодные перчатки, попробуй их, но не ручкой, а ложечкой». Другой, того же возраста, обращается к руководи­тельнице: «Тетя, ты снежная баба, ты вся из маленьких пало­чек, я буду на тебе кататься, как на качелях». Третий, 5 лет говорит: «Ноги синие, живот зеленый, рот 3/4 см, а мы ходим в гости». Четвертый утверждает, что на голове у него выросла руч­ка; пятый говорит, смотря на фотографию мальчика в профиль: «А у него, может быть, есть одно ушко; а знаешь, мамочка, я знала мальчика, у которого совсем не было уха,— этот мальчик был петух» (5 лет). Ребенок-шизофреник 5'/3 лет говорил: «Фронт, а Витьку я мыть не буду, все идут воевать». Это же расстрой­ство ассоциативного процесса выявляется в рисунках ребенка-шизофреника 6 лет, рисующего на елке в лесу водопровод.

*Резонерство,* как ранний симптом шизофренического процес­са, встречается нередко. Часто ему предшествует застревание ре­бенка на стадии вопросов в пределах 2'/2—3-летнего возраста, когда последняя является нормальным явлением. Качество этих вопросов у шизофреника отличается от качества вопросов нор­мального ребенка. У последнего они рождены живой аффектий-ной заинтересованностью. Шизофреник же уныло и навязчиво вопрошает: «Что это?», «Зачем?», «Для чего?». Голос его моното­нен, лишен модуляции. Когда-то имевшееся аффективное содер­жание выхолощено. В ряде случаев он даже не ждет ответов и, стереотипно ставя вопросы, сам себе отвечает: «Это что?» — «Это лошадка», «Это что?» — «Девочка» {возраст 4V2 го'да).

Чрезвычайно интересной нам представляется попытка ис­пользовать расщепление, отраженное в снах детей, как ранний шизофренный симптом. Ребенок видит во сне, как его рука отделяется от тела и действует независимо от него; как его го­лова идет к нему навстречу; как он разделяется на двух ма­леньких человечков, живущих независимо друг от друга, и т.д. Обычно последующее наблюдение обнаруживает, что шизо-симптоматика, отраженная сном, сменяется шизосимптоматикой в состоянии бодрствования (возраст 6—7 лет).

Нарушения в области *аффективной* сферы как ранний ши­зофренный симптом далеко не редки. Помимо описанных со­стояний страха, непосредственно связанных с галлюцинаторными образами, рано обнаруживающаяся аффективная тупость может также свидетельствовать о наличии процесса. Мы знаем, что в норме ребенок раннего возраста может давать акты жестокости и агрессии (недостаточная дифференцировка аффекта, малое

торможение коры, доминирующая роль онтогенетически более ранних механизмов); известно также, что конфликтность ребен­ка может явиться источником агрессии. Но и в том и другом случае «анэтический» (говоря условно) синдром является послед­ствием агрессии и всегда аффективно насыщен.

У шизофреника же первичная тупость, а не агрессия: он бьет с холодным, бесстрастным лицом; он спокойно наступает в ботинке на лицо ребенка и стоит, не внимая крику потерпевше­го; или спокойно переплетает ниточкой зубы верхней и нижней челюсти другого ребенка, абсолютно не реагируя на плач оби­женного; льет горячий суп на голову другому ребенку, нарочно при этом стараясь попасть ему на лицо. Иногда в самом начале агрессивного акта ребенка-шизофреника еще звучит аффектив­ная насыщенность, еще в какой-то мере эта агрессия питается комплексом, но позднее она, как правило, исчезает. Такие дети нередко совсем не проявляют объективной привязанности, а если даже и проявляют, то она у них ограничивается одним лицом или исключительно узким кругом лиц. Помимо первичной тупо­сти обилие антисоциальных поступков, видимо, обусловливается тем, что у ребенка-шизофреника в силу его малого интереса к окружающей реальности значительное количество энергетичес­кого фонда расходуется свободно, вовне, не переключаясь на путь познавательной деятельности. Эти случаи были, видимо, иногда в числе тех, которые прежде подавали повод говорить о психопатиях типа *«moral insanity».*

Помимо указанной тупости аффекта ранним шизофренным симптомом могут быть также спонтанно возникающие колеба­ния настроения ребенка. От эпилептических фаз они отличаются отсутствием злобной насыщенности. Содержание этих фаз, час­то совсем кратковременных (часы),— напряженность (но без зло­бы), вялость, апатия, пассивность. Общий фон — угнетение, но настоящей тоски нет. Дети плаксивы, «ноют», недовольны, вор­чливы. Нередки жалобы на несуществующие боли в голове, руч­ках, груди, животе. От столь частых в ранние детские годы ис­терических жалоб эти высказывания отличаются тем, что в них нет цели привлечь к себе внимание взрослых и получить ка­кой-нибудь выигрыш от своего положения.

В состояниях расстройства настроения дети-шизофреники, переживающие их аутично, уходят от всех, забиваются в угол, под кровать. В ряде случаев, по-видимому, имеют место пред­ставления о смерти. Ребенок 5Va лет говорит спонтанно: «Смерть пришла — страшно», просит его не хоронить, если он умрет. Дру­гой ребенок, 5 лет, стал усиленно фиксировать свое внимание

*АО!*

на похоронах, раньше никогда не попадавших в сферу его внимания.

Эпизодически возникающее своеобразие поведения может также быть одним из начальных шизофренных симптомов. Так, например, нам приходилось видеть кратковременные (от не­скольких часов до 2—3 дней) двигательные расстройства в виде «застывания» ребенка в одной позе. В этом состоянии он не мог двинуть ручками и ножками, лежал с напряженными ко­нечностями и открытыми глазами, не произнося ни звука. Эти состояния не связаны ни с каким соматическим заболеванием ребенка, и педиатры оказывались беспомощны поставить диаг­ноз. Наряду с этим встречались эпизодические и причудливые двигательные проявления, не укладывающиеся в рамки какого бы то ни было двигательного расстройства, — гебефренные эле­менты поведения. Ребенок вдруг начинал ходить на цыпочках или бегать в манерной позе, вытянув вперед изогнутые руки, мелкими шажками или широко расставив ноги. Эти явления на­ступают внезапно, среди, казалось бы, полного здоровья, отнюдь не в процессе игры или имитации чего-либо, вне какой бы то ни было связи с сомато- и психогенией и остаются обычно не­вскрытыми и необъясненными эпизодами детства в анамнезе позднее заболевающих шизофреников.

Распространенная тенденция относить указанную особенность к физиологически обусловленному своеобразию моторики в ран­нем детском возрасте не выдерживает критики, ибо такое объяс­нение годно лишь для самой ранней ступени детства (стадии преобладающей роли экстрапирамидной системы), кроме того, и тогда оно обычно выявляется в моменты сомато- и психогений.

Манерность ребенка, обусловленная протестом во время кон­фликта, вскрывается анализом обстановки, в которой ребенок находится.

Застывание на месте в более поздние годы (3—5 лет) как следствие шоковой травмы (воздушной тревоги, зрелища убийств в дни войны) легко дифференцируется на основании анамнеза ребенка.

Одним из ранних шизофренных симптомов являются со­стояния физической слабости и недомогания, когда ребенку хо­чется лежать молча, при условии уменьшенного контакта с ок­ружающей реальностью; нередки отказ от еды и ипохондричес­кие жалобы.

Следует отметить, что описанные выше фазы измененного настроения и поведения ребенка очень часто сопровождаются сниженной познавательной эффективностью ребенка. Это обсто-

ятельство, по-видимому, находится, с одной стороны, в связи с ослаблением связей ребенка с окружающей реальностью, а с другой — с расстройством его внимания. Последнее детер­минировано как уменьшением аффективной направленности вовне, так, по-видимому, и первичным нарушением указанной функции.

Чрезвычайно распространенный в детском возрасте негати­визм может считаться начальным шизофренным симптомом толь­ко в том случае, если он не является итогом неправильного под­хода к ребенку, т. е. реакцией протеста5, и если он лишен обыч­ной в таком случае агрессивной насыщенности.

Аутистическое поведение ребенка, отразившееся в опи­санных выше фантазиях, очень часто проявляется в отказе от речи или в резком снижении речевой продукции (иногда за ис­ключением разговора лишь с близкими лицами). При этом со­храняется полная потенциальная возможность речи, ибо при ус­ловии затрагивания аффективно насыщенных островков психи­ки ребенок может дать даже сложную фразу. Разумеется, в дифференциально-диагностическом плане надо иметь в виду дезинтеграцию речевой функции в моменты психического шока, как мы это видели неоднократно в период Великой Отечествен­ной войны.

Расщепление личности ребенка мы встречаем нередко уже на очень ранней стадии шизофрении преддошкольного и дош­кольного возраста: «Моя ручка легла спать», «Я накормила свою ручку», «Ручка пошла в лес гулять». Речь идет о детях возраста 4—5 лет, когда ребенок выходит уже из стадии одухотворения отдельных частей своего тела. Ребенок в приведенном примере воспринимает себя не как единое целое, а как сумму отдельно действующих компонентов.

В 4 года один ребенок воспринимал себя в двух лицах — «Нисик, Ниночка», и «я» — и проецировал своего двойника вов­не: «Я вижу маленького Нисика», «Ниночка съела суп, а я сей­час буду кормить Нисика» и т. д. Следует отметить, что при та­ком раннем расщеплении ребенок, видимо, смотрит на свой двойник как на привычный атрибут своей личности. Отношение к нему ребенка лишено обычных элементов конфликтности.

Намек на явления *деперсонализации* как ранний шизофрен-ный симптом мы имеем лишь в 3 случаях. Девочка 4 лет утвер­ждала, что ее зовут другим именем и что девочка, носящая ее

Особенно часто имеющей место в периоде первого возрастного криза (2V2—3 года).

имя,— не она, а совсем другая. В другом случае ребенок 3 лет упорно утверждал, что он не мальчик, а лошадь и у него не ножки, а копытца. В третьем наблюдавшемся нами случае ребе­нок-шизофреник 5 лет говорил: «У меня вылезут волосы, и я буду Францем, а Вадима не будет». Само собой разумеется, что на основании тщательных наблюдений здесь был исключен мо­мент «перевоплощения в процессе игры».

Внезапно обнаруживающееся или постепенно выявляющееся общее интеллектуальное отставание является также нередко пер­вым и очень надежным симптомом шизофрении, особенно.в так называемых асимптоматических шизофрениях.

При анализе качества дефекта особенно отчетливо вы­являются рассеянность внимания, отсутствие интереса, недо­статочность инициативы, ведущие в конечном итоге к заметному интеллектуальному и педагогическому отставанию. Надежным дифференциально-диагностическим критерием для отличия от олигофрении является анамнез и все нарастающая прогредиент-ность, в то время как при олигофрении компенсаторные воз­можности мозга очень значительны.

Характерным ранним шизофренным симптомом является так­же наличие отдельных инфантильных механизмов в той стадии развития ребенка, которой они не свойственны в норме. Так, например, ребенок-шизофреник 5 лет сосет палец, в этом же возрасте, засыпая, сосет соску и т. д.; становится неопрятным, хотя уже овладел навыком опрятности; лепечет, как начинаю­щее говорить дитя, хотя уже хорошо, чисто говорил, и т. д.

Даже в случаях чрезвычайно неблагоприятного окружения ребенка «детские» привычки изживаются к 3—4 годам жизни, и ребенок овладевает в этом периоде соответствующими навы­ками. Длительная инфантильная фиксация на объектах первич­ной аффективной привязанности с невозможностью переклю­чения на другие объекты также нередко заставляет подозревать начало шизофренического процесса.

И, наконец, особенно большой интерес как ранний шизо-френный симптом представляет особое качество возникающих у детей-шизофреников *соматогений* и *психогений.* Начнем с осо­бенностей протекания соматогений.

Дети вообще, а особенно дети с астеническим телосложением, легко дают ряд психопатологических особенностей в связи с ин­фекционными заболеваниями; становятся заторможенными, чрез­мерно гиперестетичными, обидчивыми, ранимыми. Нередко они раздражительны, упрямы, капризны в итоге обусловленной ин-

фекцией «раздражительной слабости» психики. В этих состоя­ниях ребенок, как правило, отнюдь не теряет связи с реальнос­тью, добивается усиленного внимания взрослых, "требователен, настойчив, плачет и криком добивается исполнения своих же­ланий. Дети же шизофреники, дающие нередко психическую ре­акцию на очень слабые инфекции (легкий грипп с температурой 37,5 в течение 2—3 дней, легкое расстройство желудочно-ки­шечного тракта), имеют совершенно иной психический статус. Вместо капризной требовательности, предъявляемой взрослым, здесь ослабевают связи с реальностью. Ребенок становится аутичным, апатичным ко всему окружающему, вялым, реже — несколько озлобленным. Ведущим здесь не является обычная ги­перестезия, раздражительная слабость, капризность, раздражи­тельность. Ребенок попросту выключается из реальности и даже перестает пользоваться речью. Нередко имеет место отказ от еды. Часты необоснованные ипохондрические жалобы. Какие бы то ни было попытки забавы и развлечения ребенка со стороны взрослых остаются без результата.

В то время как при обычном,0 наступающем после тяжелой инфекции, истощении психики у здорового ребенка все явле­ния исчезают в связи с прекращением инфекции, психопа­тологическая реакция ребенка-шизофреника, возникшая даже при легкой инфекции, задерживается надолго после того, как сошли на нет все симптомы соматического заболевания.

Еще более ярки те качественные особенности поведения ре­бенка во время психогении, которые позволяют говорить о них как о проявлении ранних шизофренных симптомов. В реактив­ном состоянии, возникающем у ребенка раннего возраста в связи с какой-либо психической травмой, испугом или неприятным переживанием, доминирующим в картине болезни, является на­сыщенность реакций ребенка аффектом: ребенок становится бо­язливым, тоскливым, без конца говорит о травмировавшем его моменте, видит травмирующий раздражитель и наяву (галлюци­наторные явления), и во сне. В поведении же и настроении ре­бенка-шизофреника, перенесшего психическую травму, домини­руют аутистические реакции (отход от окружающих, стремление лечь на ряд дней в кроватку, склонность принимать однообразные позы, отказ от еды, ипохондрические жалобы на вялость и апа­тию). Очень актуальным симптомом является именно отказ от всяких форм контакта с окружающей реальностью, будь то дви­гательный акт или речь как способ установления и поддержа­ния социальных связей. Так, на отъезд любимого отца, на уход

в больницу матери, на которых ребенок-шизофреник сильно фик­сирован в своей привязанности на данном этапе своей жизни, он реагирует отказом от речи в общении со взрослыми, продол­жая подолгу употреблять ее в играх и пении. Высказываний на тему о травмировавшем его факторе ребенок обычно не дает. В играх травмировавшие его раздражители и ситуации воспроиз­водит редко. Иногда в этих реактивных состояниях всплывают время от времени легкая манерность и дурашливость.

В то время как благодаря большой эластичности детской пси­хики травмы, связанные с острым испугом или кратковременным тяжелым переживанием, изживаются, как правило, быстро, ре­активные состояния, в которых внимательному взгляду удается вскрыть указанную шизофреническую симптоматику, имеют тен­денцию затягиваться на месяцы и даже годы. При этом аутис-тическое вяло-апатичное поведение порой почти покрывает и без того слабо выраженные специфические черты психогенной реакции. Кроме того, повод к возникновению психогенной ре­акции бывает нередко ничтожен сравнительно с силой психи­ческой реакции6.

Следует отметить, что благодаря очень рано проявляющейся малой эластичности шизофренической психики — склонность к застреванию конфликтных переживаний в психике ребенка и затрудненное изживание их являются также одним из ранних признаков шизофренического процесса. Иногда удается просле­дить, как реакция обиды на сделанный взрослыми упрек, заст­ревая в психике, дает в своей динамике психическое образова­ние, близкое к бреду отношения (выраженные бредовые концеп­ции, как мы уже говорили, очень редки в раннем детстве).

Все выделенные начальные симптомы в слабо очерченных формах процесса или в очень ранней фазе их возникновения могут произвести впечатление трудноуловимых. Однако дальней­шее прослеживание детей, обнаруживавших указанные симпто­мы в стадиях развернутой картины болезни, делает правомер­ной постановку вопроса об их шизофренической сущности.

Разумеется, говоря об основном качестве психогенных реакций при на­чальной шизофрении, мы исключаем перенесенные в оккупации тяже­лые психогении военного времени, отличающиеся большим своеобра­зием и протрагированностью (ввиду интенсивности травмы и добавочного фактора у детей, перенесших фашистскую оккупацию, истощения).

**ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ В КЛИНИКЕ ШИЗОФРЕНИИ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

Хотя катамнестическое наблюдение охватывает значи­тельный процент изученных нами детей и срок наблюдения в отдельных случаях равен 15 годам, наши суждения о динамике шизофренического процесса отнюдь не могут претендовать на какую бы то ни было законченность.

Кататонический симптомокомплекс, как мы видели, встре­чается исключительно часто в раннем детстве. Такая частота, безусловно, находит объяснение в том, что в раннем детском возрасте в центральной нервной системе имеются, как мы уже говорили, условия, облегчающие появление симптомов, связан­ных с подкорковыми механизмами.

В части случаев шизофренический процесс, в котором ката-тоническая картина занимает основное место, течет очень бур­но и заканчивается катастрофически наступающей деградацией (эта форма шизофрении особо описана в главе «Галопирующая форма шизофрении раннего детского возраста», см.: наст. Хрес­томатия, стр. 234—247).

В 5 наблюдавшихся нами в течение 8—10 лет случаях в бур­ном темпе текущего процесса кататонический синдром дости­гал с каждым годом все большей интенсивности. Дети жили вне всякой связи с реальностью, пребывая дни, месяцы, годы на­пролет в однообразной позе, без всякого дела, не давая никакой реакции на окружающее, не произнося ни одного слова.

Можно было говорить в данном случае о глубокой интел­лектуальной деградации. В 2 случаях имела место ремиссия. Дети приобретали вновь, правда в очень ограниченных рамках, спо­собность контакта с реальностью, возвращалась постепенно и речь. Пациенты как бы снова включались в жизнь, продолжая свой жизненный путь с той возрастной ступени, на которой они находились тогда, когда все нарастающий аутизм оторвал их от реальности.

*Аня Ф.,* бывшая под нашим наблюдением с 4-летнего возра­ста, в 12 лет, после 6 — 7-летнего мутизма, заговорила вновь, и речь ее, равно как и запас сведений, ставший доступным ис­следованию благодаря возобновлению речевого контакта, соот­ветствовали примерно 5—6-годовалому уровню развития. Речь появилась вновь после сильного эмоционального шока — мать ребенка с целью эксперимента ,(!) напутала Аню, что если она не заговорит к определенному дню, то умрет (у Ани был в тече­ние ряда лет выраженный страх смерти).

У *Феди М.,* заболевшего в 3 года 2 месяца и находившегося под нашим наблюдением в течение 10 лет, речь вернулась спон­танно, и ребенок медленно, но непрерывно продолжал обога­щаться новым запасом слов и представлений.

Следует, впрочем, констатировать, что у этих детей, несмот­ря на полную потерю речи, шизофренический процесс все же не давал той глубины деградации, которая имела место в дру­гих аналогичных случаях.

Любопытно отметить, что психические травмы здесь особенно легко провоцировали появление мутизма (например, отъезд лю­бимого отца из дома, разлука с матерью при помещении в боль­ницу по поводу инфекционного заболевания и т.д.). С другой стороны, аффект, достигая известной интенсивности, оказывал­ся в силах преодолеть речевое торможение. Так это бывало в случаях, когда у ребенка вдруг появлялось желание иметь ка­кую-нибудь привлекшую его внимание вещь; либо в минуты, ког­да его обижали другие дети; либо, наконец, когда, как в случае Ани Ф., ребенок испытал сильный испуг (угроза смерти).

Заслуживает внимания то обстоятельство, что в одном из изу­ченных нами случаев (Люда Б.) ребенок в 11 лет давал статус, представлявший точную копию того, что было в 4 года: застыв­шая поза, опущенная книзу голова, взгляд, устремленный вдаль поверх предметов, и стереотипная улыбка, не связанная ни с каким раздражителем окружающего.

В другой части случаев, где процесс с кататоническим син­дромом не протекал столь бурно и катастрофически, мы встре­чали после вспышки в 2'/а—3 года ремиссию, в которой, впро­чем, отчетливо обрисовывался в той или иной мере дефект. При­мером может служить следующий случай.

*Галя Г., 2* лет 2 месяцев, поступила в психопатологическую клини­ку Московского областного института по изучению раннего детства со следующими жалобами матери: ребенок спит беспокойно, при приходе чужих резко затормаживается, опускает голову, перебирает руками, однообразно шевелит пальчиками. После ухода пришедшего продолжает оставаться в этой позе часа 3—4.

*Наследственность.* Отец 40 лет, страдал шизофренией. Пил. Окон­чил жизнь самоубийством.

Дядя *по отцу* — пил, повесился.

*Тетка по отцу*—шизофреничка; в статусе преобладала катато-ническая картина, был упорный отказ от еды.

Мать, 20 лет, замкнутая, необщительная, расчетливая.

Беременность Галей нормальная. Роды в срок. Развитие протекало нормально.

В возрасте 1 года 11 месяцев перенесла дифтерию. После болезни стала очень беспокойна. В общении с детьми раздражалась. Застывала в однообразных позах. Понемногу переставала говорить. Растеряла свой уже значительный запас слов. Сторонилась людей. Не играла в прежде любимые игрушки.

В таком состоянии поступила в стационар.

В *физическом* и *неврологическом статусе* отклонений от нормы нет. RW отрицательная. Дно глаза — норма.

Психический *статус.* Без дела бродит по комнате. Застывает подо­лгу в однообразной позе. Следит за покатившимся по полу мячом: он уже давно укатился из поля зрения, а взгляд застыл в направлении пути мя­чика и стал пустым, безучастным. На прогулке воткнула данную ей ло­патку в песок и застыла вновь в прежней позе. Растеряна, беспомощна.

Через 6 месяцев пребывания в клинике состояние еще более ухуд­шилось. Буквально ничем не интересуется. Сидит неподвижно на стуле или стоит в стороне, опустив голову и взгляд книзу. Ее можно пере­двинуть, взяв за ручку, и она пойдет автоматически. Дети ее не заме­чают, если попадается им по дороге, обходят; относятся к ней как к вещи. Иногда девочка вдруг схватит каталку, тачку и автоматически дви­гает ее взад и вперед. На личике в эти минуты появляется мимика удо­вольствия. Ест жадно, но иногда застывает и во время еды. Изредка не­адекватно, много и монотонно смеется, двигаясь, стереотипно повторя­ет одни и те же позы и делает однообразные гримаски.

Речи Гали в стационаре не было слышно. Лишь с появлением на­вязчивого интереса к ботинкам (Галя смотрит на них все время, требу­ет их вместо валенок, без конца с ними возится) часто стала произно­сить: «Тетя, ботинки; тетя, ботинки». Иногда в статусе появляются эле­менты гебефренного поведения: жеманно, кокетливо поворачивает шейку, несколько наклоняя при этом вбок головку, подвязывается ма­нерно пеленкой и т. д.

Спустя 1 год речь постепенно возвращается. Становится живее. Ус­танавливается поверхностный контакт с окружающими. Проявляет даже иногда ласку к взрослым. Аффективно остается все же тупой, влече­ния ослаблены, пассивна, вяла. Кататонические застывания сошли на нет.

Дальнейшее прослеживание случаев, подобных изложенному, показывает, что дети, достигшие ремиссии в относительном смыс­ле этого слова, давали на базе уже образовавшегося дефекта поступательное движение и развивались вплоть до возможнос­ти обучения во вспомогательной, а в исключительных случаях и в первых классах нормальной школы.

В одном случае катастрофически протекавшей шизофрении с кататоническим синдромом в картине болезни на первом пла­не мы имели резкое улучшение" в связи с тяжело протекавшей скарлатиной.

*Гарик Е.,* 2 лет 10 месяцев, поступил в психопатологическую кли­нику Московского областного научного института по изучению раннего детства со следующими жалобами родителей: у ребенка наблюдается состояние непрерывного возбуждения, когда он все бросает, прыгает со стола, стульев, и фазы вялости с застываниями в неподвижной позе.

*Наследственность.* Отец, 31 год, страдает шизофреническим про­цессом.

*Дядя* со стороны отца — шизоид, гиперэстетик.

*Мать,* 29 лет, замкнутая, малоразговорчивая, суетливая. Интел­лектуально дефектная.

*Дядя* со стороны матери страдает шизофреническим процессом.

Гарик — первая беременность. Роды и развитие ребенка отклоне­ний от нормы не представляли. Спокоен до года. С момента прикор­ма — анорексия и рвота. Перенес ветрянку и грипп.

С возрастом становился беспокойным, агрессивным, подвижным. Бежал в пространство, не учитывал «края», не видел опасности на пути.

Подолгу сосал палец и онанировал. Ел песок, утверждая, что это «кашка». Много говорил сам с собой. До крови прокусывал палец ок­ружающим, не учитывая боли, испытываемой пострадавшим.

В *физическом* и неврологическом статусе ребенка при поступлении в стационар отклонений от нормы нет. RW в крови отрицательная. Дно глаза — норма.

*Психический статус.* При поступлении дал состояние резкого воз­буждения, подбегал к двери, топал ногами, бил кулаками в дверь, затем затихал и вновь повторял все эти реакции.

Ребенок часто давал позы застывания. Ноги широко расставлены, руки опущены, голова наклонена вперед, говорит мало. Иногда вдруг начинает быстро двигаться из угла в угол, шепча имена близких. На про­гулке ложится на снег между двумя досками. Иногда при этом высо­вывает язык и бессмысленно улыбается. Без конца сбрасывает с себя валенки в саду и пытается ходить в одних чулочках. 15 раз на органи­зованных занятиях монотонно произносил фразу: «Будем смотреть кар­тинки в книжках». Однажды, стоя у забора, долго всматривался в про­странство, а затем произнес: «Там гуляет большой мальчик» {никого в поле зрения ребенка не было). За столом сидит вялый. Долго продол­жал стоять на месте как вкопанный, когда его бил по головке ребенок.

Периоды вялости сменяются эпизодами кататонического возбужде­ния. Тогда все в комнате переворачивает вверх дном, непрерывно бега­ет взад и вперед, без конца говорит сам с собой.

*Катамнез в возрасте 3 лет 5 месяцев.* Состояния кататонического возбуждения нарастают. Речи почти нет, если не считать без связи про­износимые слова. Неустойчивое внимание. Сильно интеллектуально дег­радирован.

*Катамнез в возрасте 6 лет.* Перенес тяжелую скарлатину, 10 дней был без сознания. После этого, по словам бабушки, в ребенке произошла

большая перемена. Стал хорошо понимать обращенную к нему речь, связно говорил. Например, когда вели на прием к врачу, сказал: «Я не хочу к доктору, я хочу гулять». Знает «край». Начал сосредоточенно играть гвоздиками и молоточком. Приступов кататонного возбуждения нет. Некоторое двигательное беспокойство еще имеется. На приеме от­носительно спокоен, внимательно наблюдает за проезжающими мимо окна трамваями. Когда выбросил игрушки в окно и бабушка пригрози­ла, что уйдет в случае повторения такого поведения, ребенок произнес сознательно: «Я больше не буду».

*Гебефренический синдром* при шизофрении раннего возрас­та представлял собой более лабильное образование, чем катато-нический, и часто сходил вовсе со сцены, оставляя после себя лишь единичные элементы гебефреничности. Сильнее всего он бывал выражен в периоде первого возрастного криза (вспом­ним не раз уже цитированную нами диссоциацию в этом воз­расте в функциях пирамидной и экстрапирамидной систем). От­звуки гебефренного поведения при наступившем ослаблении дви­жения шизофренического процесса остаются видны во внезапно возникающих гримасках на лице, в своеобразной манерности поз и походки, в вычурности выражений ребенка.

В наблюдавшихся нами случаях шизофренический процесс, ведущим синдромом которого являлся гебефренный статус, да­вал сравнительно неплохое течение, и дети нередко станови­лись менее возбужденными, более собранными и продолжали свой путь в рамках учреждений для нормальных детей, правда, слывя в них «чудаками», представляя большие трудности в по­ведении и отличаясь большой дисгармоничностью в своих реак­циях, из-за чего им иногда приходилось оставлять школу.

В период второго возрастного криза, 7—8 лет, мы иногда имели новую вспышку шизофренического процесса и обостре­ние гебефренических черт поведения.

В школьной успеваемости бросался в глаза разрыв между одаренностью, часто еще достаточно высокой, и невозможностью реализовать эти данные. Педагогическая эффективность отста­вала от общего развития ребенка.

*Синдром бредоподобных фантазий* в изученных нами случа­ях давал обычно следующую динамику. Аффективная насыщен­ность бредоподобных аутистических построений, вначале пита­емых комплексными переживаниями, выхолащивалась, и фан­тастические продукции начинали черпать свое содержание уже из психосенсорных ощущений или других болезненных фено­менов развивающегося шизофренического процесса.

431

Вспомним «страну хулиганов» Вали С, где первоначально содержание аутистического построения отражало комплексную ситуацию девочки. Последняя создала страну, где были устра­нены все моменты, травмировавшие ребенка на протяжении его жизни. Позднее же, в связи с нарастанием процесса и насту­пившим расщеплением в психике ребенка, равно как и в связи с ощущениями «жара» в голове, создается «страна мысле-лю-дей, борющихся с эльфами, живущими в спинном мозгу», при­чем мысле-ребенок помещается в «Жаровом переулке» (в го­ловном мозгу). А еще позднее Валя в своих аутистических фан­тазиях продуцирует страну «потерявольцев» (ибо сама она, по ее субъективному восприятию, потеряла волю и «стала похо­жей на обезьяну»).

Спустя 4 года наблюдения мы видим полное затухание этого синдрома и возникновение «навязчивости», покрывающей собой теперь весь передний фон статуса. А еще позднее, в 20 лет, бре-доподобные фантазии почти целиком заменяются параноидом.

Следует отметить, что возникновению упомянутого синдрома бредоподобных фантазий способствует, безусловно, естественная склонность ребенка раннего возраста к фантастике. Не случай­но, что синдром появляется в те годы, которым особенно свойственна эта склонность. Правда, период, в течение которо­го держится синдром, по своей длительности во много раз пере­растает рамки проявления естественной возрастной детской фан­тастики. Но это обстоятельство уже должно быть отнесено за счет развивающейся у шизофреников ригидности психики, зас­тревающей на том или ином психическом феномене длитель­ный срок (речь об этом будет в разделе, посвященном структу­ре шизофренического дефекта).

Как правило, дети с синдромом бредоподобных фантазий об­наруживали сравнительно благоприятное, вялое течение болез­ни. Несмотря на несомненный дефект (явления психического инфантилизма, аффективную холодность, своеобразную ригид­ность психики), дети оказывались способными к обучению в обычной школе, правда, слывя там за «чудаков», оставаясь «не­понятными» детям и взрослым, обнаруживая обычное для ши" зофреников несоответствие между хорошими формальными спо­собностями и неплохим развитием и сравнительно невысокой педагогической эффективностью. Если им и приходилось остав­лять школу, то только из-за того, что, становясь посмешищем в глазах детей, больные не были в состоянии адаптироваться к школьной обстановке.

*Синдром навязчивости на депрессивном фоне* был просле-жен нами у детей-шизофреников на протяжении от 2 до 12 лет. Этот синдром отличается довольно большой устойчивостью в смысле своей длительности. Качество же его с возрастом под­вергается ряду изменений. Если вначале навязчивость и бывает комплексно насыщена (Люда К. в 4 года имеет навязчивый страх дождя: «дождь замочит маму, и она заболеет», питаемый амбива­лентным отношением к матери-шизофреничке, избивавшей ре­бенка), то в дальнейшем она лишается этой аффективной насы­щенности и становится автоматизированным механизмом. В еще большей мере автоматизируются ритуалы, имевшие вначале вы­раженный защитный характер. Ребенок подпрыгивал на месте с целью освобождения от навязчивой мысли; позднее же этот акт становится стереотипным действием, потерявшим первона­чальную защитную функцию.

Кроме того, навязчивость, ограниченная каким-либо одним объектом, генерализуется в разнообразных направлениях. Мало-помалу аффективное похолодание устраняет вначале интенсив­но окрашенный тревогой и угнетенностью депрессивный фон, и первоначальная напряженность уступает место вялости и апа­тии. Суицидальные влечения, как правило, с течением времени ослабевают.

Изученный нами материал показал, что раньше 3—4 лет на­вязчивость у детей раннего возраста не встречается. Она встречается, следовательно, как раз в периоде первого воз­растного криза, когда агрессия, и в норме ребенку свойственная, достигает обычно большей напряженности в связи с тем, что в этой фазе своего развития у ребенка бывает особенно много кон­фликтных переживаний (вспомним, что в периоде первого воз­растного криза ребенок проявляет большое стремление к само­стоятельности; у него имеет место дифференцировка аффектив­ных привязанностей; окружающая же ребенка среда часто недостаточно учитывает особенности этого периода, тормозит ре­бенка и приводит его тем самым к реактивно развивающемуся состоянию агрессии, упрямства и негативизма).

Эта насыщенность агрессией отражается и в содержании навязчивости: «маму зарежет трамвай», «братик попадет под ав­томобиль», и в суицидальных высказываниях (агрессия, направ­ленная на самого себя). Вследствие чего происходит такая за­держка конфликтных переживаний — неизвестно; возможно, она обусловливается тем торможением детской активности и стенич-ности, способствующей разрешению конфликта, которое вносится Шизофреническим процессом.

Нередко в случаях синдрома навязчивости на депрессивном фоне, несмотря на исчезновение активной тревоги и напря­женности, сохраняется пессимистическая установка в отноше­нии окружающего (своего рода депрессивное развитие личнос­ти ребенка).

Шизофренический процесс, в котором на переднем плане стоит навязчивость, как правило, протекает вяло, как бы неза­метно вырастая из особенностей личности, интимно срастаясь с последней и сравнительно медленно инвалидизируя психику. Ряд наблюдавшихся нами детей этого рода, дав некоторое обострение своих симптомов, благополучно дошел до школы обыч­ного типа. Дефект и здесь проявляется аффективным похолода­нием, «странностью» поведения и столь типичным при шизо­френическом процессе расхождением между высокой ода­ренностью, хорошим развитием и невозможностью полной реализации своих данных в хорошей педагогической успевае­мости (главным образом за счет снижения внимания и слабости психического тонуса).

В то же время эти дети в периоде школьного обучения мо­гут наряду с патологическим поведением иногда буквально по­ражать своей эрудированностью в отдельных областях (матема­тике, истории, литературе и т.д.), давая в целом недостаточную успеваемость. Иногда же интересы у них направлены на ка­кую-нибудь узкую специальную область. Например, один ребе­нок, дойдя до школьного возраста, изучил во всех деталях ро­дословную и особенности масти всех лошадей, выступающих на скачках. Другой, в возрасте 7 лет, знал марки всех отечествен­ных, заграничных и трофейных автомашин и т. д.

*Синдром расщепления личности и деперсонализации* являл­ся, по нашим наблюдениям, довольно стойким.

Девушка-шизофреничка, 17 лет, перенесшая острую вспыш­ку в 5—6 лет с ведущим синдромом «растроения» личности и обратившаяся к психиатру в данное время по поводу нового обо­стрения процесса, сообщает, что через все свои детские и юно­шеские годы она пронесла своих двух двойников — девочку Валю и мальчика Валю, что они учились параллельно с нею в сред­ней школе и поступили в вуз, причем всегда мальчик Валя шел на год впереди. Но любопытно то обстоятельство, что, в то вре­мя как в периоде становления расщепления личности аутисти-ческий мир, в котором живет второе «я», захватывает ребенка сильнее, чем реальность, и с большим трудом он с него переклю­чается на последнюю, позднее шизофреник научается либо жить

одновременно в двух планах, либо лишь эпизодически возвра­щается в аутистический план.

Так, Валя среди активной работы, которой она отдавалась, вплоть до последней вспышки болезни, испытывала непреодо­лимую потребность периодически уединяться и погружаться в общение с двумя своими двойниками. В свой аутистический мир подросток никого не пускал и говорит о нем впервые врачу, стесняясь, как о чем-то сугубо интимном.

Динамические наблюдения над детьми, перевоплощающимися в животных (в частности, над приводимым выше Аликом, счи­тавшим себя то кучером, то лошадкой), показали, что с течени­ем времени это перевоплощение, теряя свою яркость, почти схо­дило на нет, хотя объект, в роли которого себя когда-то вообра­жал ребенок, занимал еще долго немалое место в его сознании (привязанность к лошадям).

Течение шизофрении, при котором расщепление личности было ярко выражено, можно скорее отнести к вялому. Дефект мышления, как правило, был здесь налицо (нарушение ассоциа­тивного процесса, резонерство), равно как и типичное наруше­ние внимания. Синдром расщепления личности, как правило, со временем терял роль ведущего и стушевывался среди других проявлений шизофренической симптоматики.

*Анзтический симптомокомплекс,* корни которого лежат в уже выявившемся шизофреническом дефекте — аффективном оску­дении, как и следовало ожидать, оставался неотъемлемой при­надлежностью личности на ее дальнейшем жизненном пути. Как правило, недифференцированные вначале антисоциальные дей­ствия (агрессия) принимали с возрастом разнообразные формы: дети крали вещи и деньги, жестоко избивали товарищей, совер­шали ряд жульнических проделок, устраивали поджог, нецен­зурно бранились, мальчики пытались учинить насилие над девоч­ками и т. д.

Кроме того, входя ежеминутно в конфликт с окружающими, дети реагировали на меры применяющейся к ним репрессии новым взрывом злобы и негативизма. Получалось своеобразное развитие личности, еще более утяжелявшее и без того антисо­циальное поведение ребенка-шизофреника.

В ряде случаев при вялом течении болезни ребенок при со­ответствующем воспитательном обращении к его интеллекту кор-регировал свое поведение, обусловленное аффективной тупостью. Иногда же угасающий интерес к жизни и нарастающее чувство пустоты толкали шизофреника с анэтическим синдромом на аван­тюристические акты в поисках более сильных переживаний.

*Галлюцинаторно-параноидный синдром,* встречавшийся при шизофрении раннего возраста, как правило, в виде рудимен­тарного образования, чаще всего не получал дальнейшего раз­вития и, периодически возникая, каждый раз быстро сходил на нет. Но в отдельных случаях он развивался до настоящего пара-ноида.

Вспомним уже описанного нами выше ребенка-шизофреника, в 5 лет приходившего в состояние страха от фотографа, направ­лявшего на него аппарат, так как он думал, что его хотят убить из пушки (бредовая настроенность), в 7—8 лет утверждавшего, что в Ташкенте его хотят поймать какие-то следящие за ним люди, а подростком (16 лет) имевшего развернутый параноид с соответствующим галлюцинаторным синдромом.

Подытоживая данные о судьбе отдельных шизофренических синдромов, следует еще раз указать на то, что в течение болез­ни они часто могут сменять друг друга и сосуществовать па­раллельно. Однако можно отметить большую стойкость катато-нического и анетического синдромов и синдромов навязчивости, расщепления и значительно меньшее постоянство гебефре-нического синдрома, синдрома бредоподобных фантазий и гал-люцинаторно-параноидного.

**СТРУКТУРА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА**

Наличие дефекта той или иной степени интенсивнос­ти является очень существенным условием для постановки окон­чательного диагноза шизофренического процесса в раннем дет­ском возрасте. Поэтому анализ его структуры представляется чрезвычайно актуальным.

Структура дефекта при шизофрении, начавшейся в ранние детские годы, является гораздо более сложной, чем у взрослого шизофреника или у подростка. Дефект здесь имеет двоякое про­исхождение. С одной стороны, он обусловлен самим шизофре­ническим процессом как таковым и для шизофрении специфи­чен, а с другой стороны, шизофрения как органический про­цесс, поражая мозг ребенка, еще находящийся в стадии роста, естественно, обусловливает известную степень задержки пси­хического развития. Если эта задержка грубо выражена и де­фект массивен, мы имеем перед собой явления олигофреничес-кого порядка, если же она не достигает значительных степеней, налицо нарушения типа психического инфантилизма.

При бурном течении процесса второе (олигофренное) сла­гаемое шизофренического дефекта почти всегда выражено очень

отчетливо (см. «Галопирующая форма шизофрении...», где оли-гофреническая часть дефекта по своей интенсивности достига­ет клинического выражения в степени идиотии). При нерезко протекающих вариантах болезни олигофренический компонент дан в более мягких тонах (дебильность), а в тех случаях, когда процесс развивался совсем медленно, как бы вырастая из осо­бенностей характера ребенка и тесно сливаясь с личностью, мы имеем лишь черты психического инфантилизма; что же касает­ся всего переднего плана, то он весь занят шизофреническим дефектом в прямом смысле слова.

Рассмотрим оба слагаемых шизофренического дефекта в от­дельности.

*Олигофренический компонент шизофренического дефекта.* В случаях катастрофически протекающего процесса олигофрени­ческий дефект постепенно совершенно перекрывает собой спе­цифический шизофренический дефект

Если такой ребенок попадает к психиатру спустя несколько лет с начала болезни, то лишь с трудом удается за олигофрени-ческим компонентом увидеть отдельные черты дефекта, обуслов­ленного шизофренией как таковой. Дети производят впечатле­ние имбецилов и идиотов, и лишь сравнительно осмысленное личико, какого мы не видим при идиотии, да своеобразные ка-татонные и стереотипные явления выдают истинную природу заболевания. Дети стоят на степени развития дебилов и способ­ны в случае приостановки процесса или относительной ремис­сии к обучению во вспомогательной школе.

Явления инфантилизма психики (частный случай общей за­держки развития) входят очень часто в структуру шизофре­нического дефекта. Помимо общей детскости облика, черт лица, поведения у указанных детей обнаруживается ряд детских при­вычек, свойственных более ранним фазам развития ребенка. Сюда относится сосание пальцев, языка, губ, предметов одеж­ды, игра своими гениталиями, маятникообразное раскачивание корпусом и т. д. Часто обращает на себя внимание детскость ин­тонаций голоса. Дети чрезмерно фиксированы на матери, не вы­пускают ее из поля своего зрения. Такие дети-шизофреники тя­готеют к коллективу младших по возрасту детей.

В дошкольном и первом школьном возрасте эта инфантиль­ность еще не бросается так резко в глаза, как в более старшем возрасте, когда 15-летний подросток говорит детским лепетом, сосет палец, плачет, как малое, беспомощное дитя, или ревнует свою мать к только что родившемуся второму ребенку.

*Собственно шизофренный компонент.* На первом плане сле­дует поставить нарушение внимания и процессов мышления Расщепление в мышлении, т. е. нарушение ассоциативного про­цесса, разорванность его, резонерство, неумение отделить в бе­седе главное от частностей — вот основные описанные нами выше особенности мыслительного процесса у шизофреников.

На втором плане стоит аффективное снижение, варьирующее в пределах от легкого аффективного похолодания до полной эмо­циональной тупости. Ребенка ничто не интересует, не увлекает; он созерцает и регистрирует происходящее вокруг, но не„ заго­рается эмоционально, не переживает воспринятого извне, не за­ражается общим весельем, не реагирует в достаточной мере на огорчения близких.

Из особенностей шизофренного компонента следует отметить еще две черты: своеобразную хрупкость, сенситивность, ужива­ющуюся с ригидностью психики.

Эта хрупкость выражается в чрезвычайной гиперэстетично­сти и ранимости, благодаря которым ребенок непрерывно трав­мируется в жизни по совершенно неадекватным поводам. Полу­чается какая-то «мимозность» психики, делающая окружающие ребенка-шизофреника раздражители непереносимыми для сни­женного порога его восприятия.

Что касается ригидности шизофренической психики, то она выражается в застревании ребенка-шизофреника на определен­ных, обычно неприятных, впечатлениях, в невозможности отре-агирования психических травм, в длительной фиксации на не­приятных раздражителях.

Комплексные переживания годами не теряют своей акту­альности в психике такого ребенка. Детские привычки имеют склонность подолгу задерживаться. Сосание тубы, пальцев, кон­чика одеяла, соски можно наблюдать у детей-шизофреников еще в младшем школьном возрасте.

Психогении, столь частые в раннем детстве, излечиваются с трудом. Объект травмы постоянно приковывает к себе внима­ние ребенка.

Отдельные компоненты, олигофренический и собственно ши­зофренический, могут сосуществовать в структуре дефекта во все­возможных сочетаниях, порою совершенно перекрывая друг друга-

В случае, когда шизофренический дефект стабилизировался и движение процесса идет вяло, медленным темпом, на базе из­мененной психики нередко имеет место перестройка потерпев­шей ущерб личности ребенка, выраженная в различных формах.

Такие случаи расцениваются нередко как психопатии и пред­ставляют своеобразные типы патологического развития личнос­ти ребенка, перенесшего вспышку шизофренического процесса.

Этих типов патологического развития может быть несколько.

1. *Астенический тип развития,* при котором в силу дефект­ной хрупкости, с одной стороны, и бедности связей с действи­тельностью — с другой, личность ребенка-шизофреника не мо­жет найти правильную ориентировку и свое место в окружаю­щем и идет по пути образования астенических черт характера: нерешительности, робости, сенситивности, стеснительности и т. д.

Эти черты усугубляются нередко аутизмом ребенка, его раз­рывом с коллективом, объясняемым им как следствие «особен­ности» своей личности. Нередко к тому же ребенок начинает осознавать свою болезнь и на нее реагировать.

Нерешительный, застенчивый Никита Л. в возрасте 7 лет, в результате шизофренического процесса потерявший навык чте­ния, которым он хорошо владел, называет себя «дураком» и уве­ряет, что его сестричка будет «к 7 годам такая же дура, как он».

Валя С, реагируя на снижение своего психического тонуса, называет себя «потерявольцем»: «Это человек, потерявший волю и ставший как обезьяна».

Нередко чувство своей малоценности проецируется вовне: «Дети не хотят играть со мной», «Меня считают сумасшедшим», «Все меня могут одурачить» и т. д.

*2. Депрессивный тип* развития, обычно формирующийся в случаях синдрома навязчивости на депрессивном фоне. Остро­та угнетенности и тревожности, в основе которых часто лежит страх, с течением времени исчезает. Остается привычная деп­рессивная форма реакций на общем пессимистическом фоне. Мнительность ребенка и ипохондричность входят прочно в со­став характера. Дети видят мир в мрачных тонах: «Все явления несовершенны», «Все вещи имеют свои недостатки». Все под­вергается осуждению и критике.

3. *Анэтический тип* развития, имеющий своей базой аф­фективное оскудение и потерю аффективной направленности вовне. У больного ребенка нарастают год за годом антисоци­альные тенденции, имеющие в своей основе, с одной стороны, аффективную тупость, расширяющую границы дозволенного и не позволяющую прочувствовать результат содеянного; с дру­гой стороны, ослабление интереса к действительности, толкаю-Щее ребенка на путь использования более сильно действующих раздражителей (поджоги, бросание бутылок из окна дома в

проходящий трамвай и т. п.), чтобы заполнить нарастающую пу­стоту. Конфликты со взрослыми из-за антисоциального поведе­ния детей-шизофреников этой категории создают у последних вдобавок агрессивную установку к окружающему и тем самым усугубляют их трудность.

Следует упомянуть еще об одной особенности психики ре­бенка-шизофреника, образующейся в процессе течения болез­ни. В дальнейшем заболевание, опустошая ребенка, разрушает глубины и ценности его аутистического мира. Ребенок не нахо­дит в нем удовлетворения, его привлекают раздражители ркру-жающей реальности.

Вместо прежней замкнутости, оторванности от действи­тельности получается беспредметная и внеобъектная на нее на­правленность. Прежде скудная речь расточается направо и на­лево (правда, чаще всего сводясь к регистрации окружающего).

Ребенок-шизофреник Витя К., у которого процесс дебютирует в 5 лет синдромом навязчивости на депрессивном фоне и кото­рый до 15 лет растет аутичным юношей, создающим себе свое­образное мировоззрение, в 15 лет переносит вспышку с яркими симптомами деперсонализации. После вспышки делается чрез­мерно болтливым, откровенным, общительным, каким-то, по сло­вам родных, чересчур «простым».

Такая направленность не только внеобъектна, она формальна и совершенно лишена аффективной насыщенности. У аутичных в ранние годы жизни шизофреников позднее нередко образу­ются надстройки: «стану другим», «выберу новый путь, чтобы быть среди людей», и т.д., имеющие явно компенсаторный смысл.

Таким образом, мы видим, что структура дефекта при шизо­френии раннего возраста сложная и сама по себе обрастает в про­цессе жизни и развития ребенка еще более усложняющими ее вторичными реактивными и компенсаторными образованиями.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ШИЗОФРЕНИИ, НАЧАВШЕЙСЯ В РАННЕМ ДЕТСТВЕ**

Диагностирование шизофрении в раннем детском воз­расте ввиду относительной редкости начала болезни в преддо-школьные годы и малой изученности этой формы представляет несомненные трудности.

Главнейшей опорой, подтверждающей правильность диаг­ноза, вплоть до последнего времени служили многолетние ка-тамнезы.

В настоящее время ряд работ, посвященных проблеме ран­ней детской шизофрении, в том числе и наши исследования, по­зволяет уже поставить вопрос о выделении дифференциально-диагностических критериев, облегчающих отграничение шизо­френии от ряда других форм.

При диагностировании начала ранней детской шизофрении следует помнить, что на первой стадии болезни мы далеко не часто можем обнаружить в достаточно развернутом виде тот ос­новной синдром (аутизм, аффективная деградация, снижение вле­чений), который обычно неизменно встречается во всех формах и на всех возрастных ступенях при шизофрении. Естественная детская живость и непосредственность, яркость и свежесть эф­фективности вуалируют уже нередко имеющиеся в начале бо­лезни элементы аутизма и начавшееся снижение активности, а в выраженных стадиях болезни позволяют часто говорить лишь об относительном аутизме и аффективном снижении. Поэтому отдельные психопатологические симптомы могут приобретать здесь в плане дифференциального диагноза сравнительно боль­ший удельный вес.

Основной предпосылкой правильного диагностирования ши­зофрении раннего возраста является знакомство с психофизио­логическими особенностями этого возрастного периода (особен­ности мышления, аффективности, поведения ребенка преддо-школьного периода).

Дифференциальный диагноз шизофрении проводится (помимо отграничения от упомянутых возрастных отличий) с олигофре­нией, эпилепсией, психопатоподобными состояниями, шизоидной психопатией, соматогениями и психогениями.

Отграничение от двух последних форм имеет особенно боль­шое значение, ибо, помимо факта частой провокации шизофре­нического процесса соматическими и психогенными фактора­ми, имеют место случаи, когда психопатологические картины при сомато- и психогении несут в себе качество, позволяющее раз­глядеть за ними первый дебют рано начавшегося процесса.

*Дифференциально-диагностические критерии для отграни­чения шизофренического процесса от возрастных особенностей психики преддошкольника.* Отграничение шизофренического *рас­щепления* личности от псевдорасщепления, обусловленного еще неполной дифференцировкой сознания «я» ребенка от «пред­метного» сознания, производится по следующему признаку: воз­растное «расщепление» ограничено четкими рамками во време­ни (2—3 года), за пределами которых ребенок приобретает в

полной мере сознание своего «я» в его противоположении ок­ружающей реальности (в этом периоде ребенок говорит о себе уже не в третьем лице, а в первом — «я», «я сам»).

Шизофреническое расщепление отличается от внешне с ним сходного «игрового» расщепления, обусловленного склонностью малого ребенка к «перевоплощению» в процессе игры (легкость идентификации), тем, что оно отнюдь не ограничивается одним лишь моментом игры, аффективно недостаточно насыщено и об­ладает выраженной тенденцией к фиксации (как в приведен­ном выше случае с перевоплощением Алика У. в лошадь).\_

В то время как здоровый ребенок легко выходит из роли во­ображаемого персонажа, чтобы вернуться в реальность, малень­кий шизофреник живет длительно одновременно в двух лицах.

Патологические *фантазии* шизофреника в противополож­ность фантазиям нормального ребенка аффективно бедны, ва­рьируют в течение ряда лет в пределах одной и той же схемы (страна «хулигания», данная выше, страна «эльфов и мысле-лю-дей», страна «потерявольцев» — Валя С). Со своей фантастикой ребенок связан интимно и к реальности возвращается с трудом, живя значительную часть всего времени в аутистическом, фан­тастическом мире.

Фантастика же нормального ребенка аффективно богата, сюжеты ее разнообразны и все время черпаются из растущего круга сведений (то ребенок-челюскинец, то герой, убивающий фашистов, и т. д.). Ребенок мгновенно, без труда, переключается с фантастики на окружающую его действительность. Большую часть своего времени он живет в реальности, лишь минутами уходя в мир игровых фантазий.

Отграничение своеобразного шизофренического стереотип­ного расспрашивания даже о хорошо знакомых объектах (не до­жидаясь ответа, а иногда сам же себе отвечая) от обычной в ранние годы «стадии вопросов» («это что?», «а это для чего?») проводится на основании того, что это расспрашивание не ог­раничено возрастными рамками и лишено той аффективной на­сыщенности, которая характеризует собой лежащую в основе «стадии вопросов» познавательную тенденцию ребенка.

Недостаточная аффективная дифференцировка ребенка ран-т него возраста и его пониженная способность к торможению мо­гут быть приняты за *((тупость»* шизофреника. Критерием от­граничения здесь является насыщенность агрессивных актов нормального ребенка аффектом в противоположность той холод­ности и безразличию, с которыми совершает свои агрессивные акты ребенок-шизофреник.

Большой удельный вес экстрапирамидной системы в ран­нем возрасте обусловливает собой тот факт, что многие игро­вые и аффективные переживания проявляются в феноменах, напоминающих кататонические: в парамимических реакциях, в однообразных повторениях одних и тех же выражений и слов или слогов. От истинно кататонических шизофренических сим­птомов они отличаются тем, что приурочены к моменту игры или аффективного переживания и в противоположность шизоф­реническим проявлениям всегда эффективно насыщены (одно­образные движения производятся с живой мимикой, модуляции голоса богатые, даже при произнесении однообразных слов, сло­гов, фраз).

Эйдетическая проекция ребенком раннего возраста вовне его впечатлений, переживаний может привести к смешению со *зри­тельными галлюцинациями* — чрезвычайно частыми и типичны­ми эпизодами раннего шизофренического процесса. Отличие ба­зируется главным образом на отношении ребенка к своим обра­зам. Нормальный ребенок охотно рассказывает об устрашающих образах и, так как они его обычно =пугают, ищет от них защиты у взрослых. Галлюцинирующий же ребенок-шизофреник обыч­но умалчивает о своих обманах чувств, избегает рассказывать о них и переживает их аутистически, хотя и с нередким аффек­том страха.

Тщательный анализ шизофренических начальных симптомов, сходных с нормальными возрастными особенностями ребенка в преддошкольном возрасте, приводит нас к гипотетическому пред­положению, что в ряде случаев при рано начавшемся процессе мы имеем как бы приостановку ребенка на реакциях опреде­ленной возрастной ступени с последующим изменением их ка­чества. Так, «стадия вопросов» не изживается по мере расши­рения горизонта ребенка, а остается в течение длительного сро­ка, причем теряется аффективная насыщенность вопросов, отражающих познавательную тенденцию ребенка, и он стерео­типно задает вопросы, касающиеся хорошо ему знакомых объек­тов, даже не дожидаясь ответа. Фантастика, вначале импониру­ющая как обычное возрастное явление, начинает включать в себя явно патологические феномены, например: сын Беги у Вали С, «живет в Жаровом переулке в голове» и т. д.

*Дифференциально-диагностические критерии, служащие для отграничения катастрофически текущих форм шизофреничес­кого процесса от олигофрении.* Рано начавшаяся шизофрения, равно как и всякий процесс, поражающий незрелую психику ребенка, безусловно может наряду с шизофреническим дать и

*ААЪ*

олигофренический дефект. Но и в ранних стадиях процесса, иног­да дебютирующего с дефекта, дифференциальная диагностика ши­зофрении от олигофрении все же является достаточно четкой.

Шизофренический процесс, поражая до тех пор вполне полноценную психику ребенка, обусловливает ее регресс (воз­вращение более инфантильных, уже пройденных этапов пове­дения). Например, регресс речи вплоть до стадии слогов и зву­ков, возвращение уже преодоленных детских привычек и т. д. При олигофрении же, чаще всего являющейся residua отзвучав­шего органического заболевания мозга, благодаря компенсатор­ным возможностям психики ребенка обнаруживается всегда тенденция к накоплению новых сведений и к продвижению впе­ред. По мере движения шизофренического процесса специфи­ческий шизофренический дефект (вялость, апатия, аффективная тупость) облегчает диагностику.

В ряде случаев шизофренический процесс, не приводя к сла­боумию, тем не менее дает задержку развития психики ребенка по типу психического инфантилизма. От истинного инфантилизма картина психики здесь отличается отсутствием свойственных ему детской свежести и сочности аффекта.

*Дифференциально-диагностические критерии в отношении эпилепсии.* Трудности возникают главным образом тогда, когда на ранней стадии шизофренического процесса появляются гал­люцинаторный (иногда эпизодически возникающий) синдром и спонтанно возникающие расстройства настроения.

За галлюцинаторный синдром ошибочно могут быть приняты своеобразные сумеречные состояния, возникающие у эпилепти­ков раннего возраста главным образом по ночам и сопровожда­ющиеся расстройством сознания, психосенсорными ощущения­ми, страхами с последующей амнезией всего случившегося. Гал­люцинаторный синдром шизофреника протекает обычно на фоне ясного или очень незначительно измененного сознания, в раз­ное время дня и не только не дает последующей амнезии, но, наоборот, отдельные моменты пережитого приобретают значи­тельную актуальность в его сознании.

Дифференциально-диагностическим критерием иногда очень рано появляющихся при шизофрении расстройств настроения от таковых у детей-эпилептиков является отсутствие злобной на­пряженности и, наоборот, наличие вялости, апатии, снижение контактности.

*Отграничение* шизофреническрго процесса от «психопато-подобных состояний» бывает обычно нелегким, ибо гиперкине-

зы и состояния возбуждения, равно как и крайняя несобран­ность «психопатоподобных», усиливается обычно к первому кризу (2—4 года), что создает впечатление «движения» какого-то про­цесса. Шизофрения же, как и всякий органический процесс, па­дая на тот этап жизни, когда незрелая психомоторная сфера ребенка представляет ряд своеобразий, дебютирует иногда как раз этим неспецифическим статусом (гиперкинетичность, неце­леустремленность, возбуждение).

Аффективная деградация шизофреника напоминает нередко анестетичность «психопатоподобных», но она более тотальна, чем у последних. Способность «психопатоподобных» к теплому аф­фективному резонансу и часто встречающаяся у них невроло­гическая микросимптоматика решают вопрос.

Дифференцирование шизофренического процесса раннего возраста от шизоидной психопатии, особенно при условии па­тологического шизоидного развития (в силу неблагоприятной жизненной ситуации), дает углубление интраверсии и сдвиг от гиперэстетического к анэстетическому полюсу и представляет иногда чрезвычайные трудности. Решающим в последнем слу­чае является наличие перманентно травмирующей ситуации, со­здающей отход от реальности и парциальное, избирательное ос­тывание аффективности шизоидного психопата. Здесь приходится прибегать к катамнестическому прослеживанию, ибо провероч­ным критерием является постепенное схождение на нет ука­занных симптомов при условии устранения травмирующей си­туации.

От шизоидной психопатии как таковой шизофрения отгра­ничивается в первую очередь на основании той, правда, парци­альной (проявляющейся в определенной узкой области), но не­сомненно аффективно богатой действенности, которая свойствен­на статусу шизоидного психопата. Процесс же хотя иногда и медленно, но неизменно приводит к снижению влечений и ак­тивности ребенка.

*Дифференциально-диагностические критерии для отграни­чения шизофрении раннего возраста от соматогений.* Сомато-гении у детей раннего возраста, истощая нервную систему, могут благодаря уже упоминавшимся нами возрастным своеоб­разиям психомоторики вызывать кататоноподобный синдром: застывание в однообразной позе, flexibilitas сегеа и т. д. Кроме того, соматогений могут обусловить отход ребенка от коллектива. Мы видим такое поведение ребенка в постинфекционном со­стоянии, когда благодаря пониженному порогу возбудимости,

«раздражительной слабости» он не переносит шумного, раздра­жающего его коллектива и отдаляется от него, что может про­изводить впечатление нелюдимости, замкнутости. Повышенная обидчивость ребенка в астеническом состоянии может создать впечатление бредовой настроенности. Однако, даже находясь в состоянии пассивности и отходя от окружающих, ребенок в ас­теническом состоянии способен заинтересоваться игрушкой, дать яркую эмоциональную реакцию на внешние раздражители. Лас­ковый, мягкий подход быстро преодолевает его недоверие и на­стороженность. Решающим, наконец, является констатация ис­тощающего или интоксицирующего фактора, появление всех фе­номенов в связи с ним и исчезновение всех явлений после его снятия. При хронической инфекции, каковой является туберку­лезная интоксикация, особенно часто развиваются черты пове­дения, имеющие внешнее сходство с шизофреническим процес­сом. Астеническое состояние при туберкулезе характеризуется большой гиперэстетичностью, обидчивостью, напоминающими «мимозную» чувствительность шизофреника. Эти же свойства определяют отход ребенка от товарищей и замыкание его в кругу своих переживаний. Ранимость такого ребенка часто является также базой для развития параноидной настроенности. Столь частые у детей, больных туберкулезом, иллюзорные восприятия и оклики усугубляют сходство с шизофренией. Однако анализ психопатологической структуры такого ребенка позволяет вскрыть отсутствие аутизма, констатировать причину отхода от коллек­тива и психологически понять причину параноидной настроен­ности. За вялостью и пассивностью туберкулезного ребенка без труда можно увидеть его истощаемость (заставляющую ребенка щадить себя от всякого напряжения) и тем самым исключить аффективное похолодание, типичное для шизофрении.

Хронические желудочно-кишечные заболевания, малярия и осо­бенно алиментарная дистрофия в военные годы иногда, подобно туберкулезу, давали внешне сходную с шизофренией картину. Диф­ференциальный диагноз идет по вышеупомянутым путям.

Соматогения своеобразием своей клинической картины и те­чения может иногда, в свою очередь, обнаружить особое шизо-френное качество (впервые сигнализирующее о процессе).

Вместо обычных в таких случаях явлений «раздражительной слабости», требовательности, «капризности» налицо полное за­мыкание в себе, нарушение контакта, нередко бездейственность, отказ от всякого игрового материала. Тяжесть психического ста­туса совершенно неадекватна силе инфекции. Ничтожный по

своей интенсивности грипп вызывает указанное, неделями для­щееся состояние.

*Дифференциально-диагностические критерии для отграни­чения шизофрении от психогенно вызванных состояний и сим­птомов.* Острые состояния испуга могут благодаря особеннос­тям психомоторной сферы вызвать в преддошкольном возрасте «кататонное» состояние (бесцельное метание взад и вперед, за­стывание на месте), вскоре исчезающее и никогда более не по­вторяющееся. Это обстоятельство, равно как и непосредственная связь с травмировавшим событием, исключает в таких случаях шизофрению.

Психогенное реактивное состояние в своей клинической картине и в своем течении может нести особое качество, сиг­нализирующее о наличии шизофренического процесса. Это прежде всего длительные состояния неподвижности и бездей­ственности (лежание днями в кровати, отказ от контакта, мутизм, отказ от еды, игрового материала), развивающиеся в непосредствен­ной связи с травмирующим переживанием. Исключение составляют необычно сильные травмы военного времени, могущие дать очень интенсивное торможение, напоминающее кататоническое состоя­ние, у детей, испуганных зверствами фашистов в оккупации. Та­кие дети днями, неделями и даже месяцами пребывали в состоя­нии глубочайшего торможения, сидели часами в неподвижной позе, не принимали участия в детских играх, не произносили ни звука. Лишь живой, страдающий, насыщенный переживанием взгляд, кон­трастирующий с полной моторной неподвижностью и мутизмом, ре­шал вопрос в пользу реактивного состояния.

Фиксация на комплексном и травмирующем событии года­ми (стремление возвращаться к нему непрерывно в своих фан­тазиях) считается свойством шизофреника, так как психика пред-дошкольника очень эластична, и ребенок обычно чрезвычайно быстро справляется с травмирующим его переживанием.

Однако военные годы показали, что при травме большой ин­тенсивности и резком соматическом истощении реактивные со­стояния могут дать большую протрагированность7 течения. Мы наблюдали случаи, где спустя годы после перенесенных детьми ужасов фашистской оккупации можно было услышать их рас­сказы о снах, полные травмирующих переживаний, и где изме­нение сознания при инфекции или наркозе вызывало сцены дав­но пережитых потрясений.

*Протрагированный*— затянувшийся, затяжной *{примеч. ред.).*

Помимо психогенного состояния в целом отдельные син­дромы и симптомы, в основе которых лежит психогенная при­чина, могут в случае наличия процесса обнаруживать особое «шизофренное» качество.

Так, например, навязчивость, возникшая по поводу какого-либо конфликта ребенка и имеющая свои корни в последнем, иногда очень быстро генерализуется, теряет связь с пережива­нием, автоматизируется.

Все сказанное позволяет высказать гипотезу, что шизофрения раннего возраста дебютирует иногда уже своим дефектом, сво­его рода ригидностью психики, потерей столь свойственной ре­бенку этого периода эластичности, позволяющей ему обычно лег­ко и быстро изжить травмирующее событие.

Как видно из приведенных соображений, диагностика ши­зофрении в преддошкольном возрасте, особенно в начальной ее стадии, нелегка и требует сложных и многообразных путей для отграничения, тонкого анализа и сугубой осторожности.

**А. Н. Чехова**

**НАЧАЛЬНАЯ СТАДИЯ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ1**

И. П. Павлов ввел в психиатрию представление о на­личии двух стадий в течение шизофренического процесса: функ­циональной и деструктивной.

То, что в течении детской шизофрении имеется функ­циональная стадия, подтверждают нередко встречающиеся психотические эпизоды шизофренного характера. В функциональ­ном характере этих вспышек убеждает нас то, что после исчез­новения психотических проявлений дети возвращаются к обыч­ному состоянию.

Начальную стадию, которая соответствует началу функцио­нальной фазы шизофрении, можно рассматривать как процесс, аналогичный начинающемуся гипнотическому торможению коры головного мозга. В начале процесса корковое торможение ко­леблется в своей интенсивности и дает фазовые состояния раз­личной глубины. Ввиду этого проявления болезни в начале за­болевания большей частью иные, чем при дальнейшем течении.

Начальные симптомы шизофрении у больных могут быть на­столько сходными, что нет возможности отнести данное заболе­вание к той или иной форме по нашей классификации.

Обычно родители обращаются к врачу не в самом начале заболевания ребенка, а много позднее, по прошествии несколь­ких месяцев после первых явных проявлений процесса. Поэто­му об этих первых признаках шизофрении врачу приходится большей частью судить на основании анамнестических сведе­ний, а не на основании личных наблюдений.

Начальные симптомы шизофрении у взрослого проявляются в форме своеобразной нервности2. То же можно сказать и о на­чальной стадии шизофрении у детей.

В некоторых случаях заболевание начинается остро, в дру­гих случаях мы имеем дело с постепенно развивающимся забо­леванием, причем характер нервности у.детей долго остается нераспознанным.

Остановимся на типичных симптомах начальной стадии ши­зофрении у детей при остром начале заболевания. Такими ти­пичными симптомами обычно являются страхи, возникающие в

*Чехова А. Н.* Течение шизофренического процесса, начавшегося в дет­ском возрасте. М., 1963, стр. 23—32. *Гиляровский А.* Учебник психиатрии. М., 1954, стр. 353.

связи с искаженным восприятием окружающего. Страхи появ­ляются эпизодически и часто сопровождаются галлюцинация­ми. Обращают на себя внимание растерянность, затруднение контакта, особенно речевого, неадекватность поведения. Эти сим­птомы проявляются иногда в первые же дни заболевания.

В этом периоде чаще всего наблюдаются галлюцинации об­щего чувства. Дети ощущают возле себя присутствие кого-то по­стороннего («кто-то прошел плохой»), ищут под кроватью вооб­ражаемую кошку, которая вызывает у них страх; одна девочка, идя с матерью и держа ее за руку, со страхом спрашивает: «Где мама?»

Зрительные галлюцинации у детей также встречаются час­то, но обычно имеют характер эпизодов.

Так, Андрюша К., 2 года, в состоянии страха выкрикивал непонятную фразу: «Жук головку держит!» Эта фраза указыва­ет на зрительный образ жука, который возникал перед ним и пугал его. Боря Н., 2 года, повторял непонятные слова «бодя», «мока», которые были связаны для него с какими-то представ­лениями об устрашающих образах, отражавших, по-видимому, гал­люцинаторные переживания.

Дети в возрасте 6—8 лет уже способны словесно оформить свои галлюцинаторные переживания. Впрочем, по собственным побуждениям дети редко рассказывают о своих галлюцинациях. Например, Аркадий М. только в возрасте 10 лет вспомнил, что, когда ему было 5 лет, он часто видел страшную женщину, при­чем не всю женщину, а лишь части ее тела (раньше он никогда никому об этом не рассказывал).

Бывают у детей и слуховые галлюцинации, но обычно дога­дываться о них можно лишь по косвенным признакам. В одном случае мать передала врачу, что ее шестилетний больной сын говорил галкам: «Вы говорите, что я немец, а я молодой красно­армеец». В других случаях можно заметить, что дети говорят как бы сами с собой, смеются чему-то, как будто кому-то отве­чают. В более старшем возрасте возникают нестойкие бредовые идеи, стоящие, видимо, в связи с обманами чувств. Например, один заболевший ребенок боялся выходить на улицу, заявляя: «Мальчики мне уши отрежут».

Эпизоды галлюцинаций и связанных с ними страхов иногда задолго предшествуют заболеванию. Например, двухлетний Лева К. ночью проснулся с криком «кошка!» и кричал несколько ча­сов подряд (кошки в доме не было). Затем в течение 4—5 дней он боялся темноты, собственной кровати, не отпускал от себя

мать. Заболевание же полностью развилось у него только через год. Мы видим, что страх, появившийся у ребенка ночью, не исчезал и в дневные часы.

Грань между действительностью и галлюцинаторным пере­живанием у ребенка стирается. Реальность виденной им кошки не подвергается сомнению.

Иногда дети начинают переживать страх, естественный толь­ко на более ранней ступени развития. Так, один наш больной мальчик, когда был маленький, боялся ходить без посторонней помощи, так как падал при ходьбе. Затем мальчик научился хо­дить сам. Когда он заболел (в 4 года), этот страх вновь появил­ся. Бывают страхи, связанные, быть может, с бредовыми идея­ми. Например, один больной ребенок испытывал страх только перед одной определенной девочкой; по-видимому, в отношении этой девочки у него возникла какая-то бредовая идея.

Страхи начальной стадии шизофрении отличаются от невро­тических страхов психологической непонятностью, остротой переживания, своей немотивированностью и полной убежден­ностью в реальности того, что их вызвало. Детей в состоянии переживания страха не удается ни отвлечь, ни успокоить, их внимание нельзя переключить на что-нибудь другое. Эта осо­бенность рельефна и поражает тем более, что для здоровой пси­хики характерны как раз свежесть и гибкость эмоций, легкость переключения.

Инертностью процессов в коре головного мозга можно объяс­нить и повторяемость одних и тех же страхов у детей при рано начавшейся шизофрении. При страхах начального периода ши­зофрении весь облик ребенка иной, чем при невротических стра­хах. Дети тревожны, растерянны. Вне состояния страха их ре­акции на окружающий мир лишены привычной детям аффек­тивной живости. Они раздражительны, но эта раздражительность отличается от таковой у невротиков нелепостью реакции в от­вет на внешнюю причину, вызывающую раздражение.

Галлюцинации часто исчезают при дальнейшем развер­тывании процесса, но страхи начального периода нередко со­храняются как пункты инертного возбуждения в коре головного мозга и повторяются как постоянный симптом на всех стадиях заболевания.

При остром начале заболевания резко изменяется сомати­ческое состояние ребенка. Свойственные шизофреническому процессу явления токсикоза проявляются в бледности, похуда­нии, в ряде вегетативных расстройств, нарушении сна, в Избирательности аппетита, реже в головных болях. Наряду с

вегетативными и соматическими расстройствами бросается в гла­за изменение всего поведения ребенка в целом: он перестает играть, не сразу отвечает на вопросы, поступки его часто непо­нятны, импульсивны. Появляются отдельные кататонические эпи­зоды: ребенок застывает в какой-либо часто очень неудобной позе, делается молчаливым; речевой контакт становится все труд­нее, иногда появляется мутизм.

Приводим пример острого начала заболевания, которое вклю­чает в себя ряд перечисленных симптомов.

Лева М, 6V2 лет, за 3'/2 месяца до поступления в больницу сделал­ся молчаливым, перестал сразу отвечать на вопросы, с посторонними людьми совсем перестал разговаривать. Начал онанировать; долго не за­сыпал, стал пуглив. Ребенок часто бывал возбужден и в такие минуты кричал, убегал от окружающих, искал под кроватью волка, медведя. Оставаться один он не. мог, сейчас же начинал кричать: «Кто-то про­шел плохой». Сам с собой разговаривал, ругал кого-то. Мальчик замет­но похудел и побледнел.

В приведенном наблюдении при измененном соматическом состоянии у ребенка возникали галлюцинации общего чувства, зрительные и слуховые, он стал возбужденным, импульсивным.

Галлюцинации в раннем возрасте трудно отличимы от иллю­зий. Дети в эти годы не всегда отличают сновидения от дей­ствительности, не могут объяснить причину своих страхов даже в том случае, когда они вполне объяснимы и реальны. У детей этого возраста в редких случаях можно с уверенностью гово­рить о наличии галлюцинаций. У них начальные симптомы ши­зофрении резче всего проявляются в расстройстве поведения и речи; страхи и галлюцинации могут отсутствовать.

Психиатры нередко выражают сомнение в возможности уло­вить проявления шизофрении у детей раннего возраста. Тем не менее поведение здорового маленького ребенка столь резко от­личается от поведения ребенка, больного шизофренией, что это изменение не может остаться незамеченным. Дети утрачивают интерес к окружающему, в то время как в норме для детей это­го возраста характерны живые ориентировочные реакции. Их умственное развитие начинает отставать от возраста. Особенно характерна потеря речевого контакта, искажение знакомых ре­бенку слов, остановка дальнейшего речевого развития. Часто вы­шеуказанные симптомы сопровождаются двигательным возбуж­дением. Примеры такого начала можно найти во многих исто­риях болезни.

Такой вариант начальной стадии шизофрении встречается и в более старшем возрасте, когда на первый план выступают

изменения в поведении ребенка. Но у старших детей не отме­чается распад речи, обычный у маленьких больных детей; не наблюдается у них и остановка речевого развития, поскольку речь уже достаточно развита.

Диагностические ошибки при распознавании шизофрении встречаются очень часто в начале процесса, когда болезнь прояв­ляется лишь в измененном поведении. Иногда это поведение рез­ко не соответствует характеру ребенка до заболевания. В реакци­ях ребенка появляются упрямство, ряд неадекватных, неожидан­ных поступков, импульсивность, иногда непонятная агрессия, поведение его становится несобранным и нецелеустремленным. Дети убегают куда-то в пространство, они дурашливы, драчливы, не могут ничем заняться. Патологическая природа этого состояния до появления более ясных шизофренических симптомов (обычно нарастание разорванности в поведении, в мышлении) обнаружи­вается при анализе причин такого поведения. При любой форме психопатических реакций мы можем найти понятное объяснение поступкам больного, исходя из особенностей его характера и при­няв во внимание причины, вызывающие эти реакции.

В случае психотического поведения в начальной стадии ши­зофренического процесса поступки больного неожиданны и необъяснимы с точки зрения характерологических свойств ре­бенка и истории его предшествующего развития; указанная сим­птоматика в дальнейшем нарастает и обостряется без видимых причин.

При таком варианте начальной стадии шизофрении на пер­вый план выступают нарушения взаимодействия первой и вто­рой сигнальных систем, явления разорванности, выражающие­ся в неадекватном поведении.

Такого рода начальную стадию можно отнести к вялотекущим формам, характеризующимся постепенно выявляющимися симп­томами. Так же вяло и постепенно выявляется заболевание у тех детей, которые с раннего возраста отличаются патологичес­кими чертами характера, дисгармонией развития, странностями поведения.

В таких случаях дифференциальный диагноз между началь­ной стадией процесса и характерологическими чертами иногда бывает крайне труден; с уверенностью диагноз обычно может быть поставлен только в более позднем периоде болезни.

Приведем примеры такого варианта начальной стадии ши­зофрении, при котором долгое время не отмечается черт, ха­рактерных для данного заболевания.

Алик К., 6 лет, до заболевания был живым, подвижным, умным ре­бенком, «фантазером». Однако, несмотря на хорошую память и сообра­зительность, он мог считать только до пяти, играть с детьми не умел был неряшлив, не мог научиться самостоятельно одеваться, задумывался с чулком в руке, забывая о процессе одевания. Он был застенчив, бояз­лив, не был способен выполнять даже простейшие бытовые процессы.

Заболевание ребенка начало проявляться в 5 лет. Первые признаки болезни выражались как бы в заострении черт его характера: он стал еще более рассеянным, поглощенным собой, больше фантазировал, улы­бался своим мыслям. Далее в психопатологическую картину стали вклю­чаться отдельные шизофренические симптомы: ребенок не сразу отве­чал на вопросы, стоял типично на одной ноге, появились аутизм, эхо-лалия, он перестал замечать окружающих. Через полгода уже имелась выраженная картина заболевания шизофренией.

Дифференциальная диагностика затруднена и у тех больных, которые перенесли инфекцию, травму или психогению перед началом заболевания.

Стасик Н. в 4 года перенес травму головы, после которой стал вя­лым, заторможенным. Весь последующий год ребенок жил в неблаго­приятных условиях, без надзора, плохо питался. Постепенно мальчик становился все более и более вялым и равнодушным к окружающему. Мать объясняла это состояние физической слабостью и заброшеннос­тью ребенка и к врачу не обращалась.

Только через год после травмы, когда симптомы заболевания были уже ясно выражены, ребенка показали психиатру. К этому времени он почти перестал отвечать на вопросы и смеяться, ничем не интересовал­ся, стал недоступен.

Мать указывала на отдельные факты неадекватного поведения, пе­риодически возникающие состояния возбуждения, на отсутствие рече­вого контакта. Можно было уловить и изменение мышления, словооб­разования. Так, ребенок, уже вполне владевший речью, вдруг начал говорить «забивок» вместо молоток, бессмысленно повторял слово «пу­стышки». Нарастание всех этих симптомов уже нельзя было объяснить заброшенностью и слабостью здоровья ребенка.

Внимательно разбираясь в анамнестических данных, можно выявить своеобразие нервного состояния ребенка, которое уже в начальном периоде болезни должно было заставить врача усом­ниться в его невротическом происхождении и заподозрить ши­зофрению. Это своеобразие заключалось в особом состоянии растерянности, затрудненности контакта, отсутствии интереса к окружающему, слабости аффекта.

Таким образом, мы смогли поставить обоснованный диагноз шизофрении у этого ребенка только на основании совокупности

всех данных, так как каждый из названных симптомов в отдель­ности можно встретить и при других заболеваниях.

Т. П. Симеон в своих работах дает опорные пункты для диф­ференциальной диагностики шизофрении от реактивных состо­яний и соматогении. Она указывает, что при реактивных состо­яниях следует обращать внимание на живую аффективную ре­акцию, на реальную причину этой реакции, на соответствие между причиной и следствием. У больных шизофренией самая незначительная причина может дать тяжелую, совершенно не­адекватную реакцию, у них отмечается не свойственная здоро­вой детской психике склонность к инертности в переживаниях.

Астенические состояния, развившись после соматических заболеваний, сопровождаются слабостью нервных клеток и яв­лениями охранительного торможения. Углубление этих явлений по мере удаления в сроках от момента заболевания (отсутствие контакта, падение интересов, изменение речи) заставляет запо­дозрить начало шизофренического процесса. Это предположе­ние может найти подтверждение при внимательном наблюдении за играми детей, за их высказываниями: в них можно обнару­жить расстройство мышления, его разорванность, снижение вни­мания (например, мальчик начинает приставлять ведерко к го­лове коровы и доит молоко из ее рогов). Очень часто началь­ным симптомом шизофрении является навязчивость.

У маленьких детей этот симптом проявляется чаще всего в виде навязчивостей двигательного характера, у более старших — в виде навязчивых действий, навязчивых мыслей и страхов.

Расценивая симптом навязчивости как один из диагнос­тических признаков шизофрении, надо, однако, учитывать, что навязчивость может быть связана и с психогенными причина­ми. Шизофреническую природу этого симптома помогают выя­вить другие симптомы, сопутствующие явлениям навязчивости: внешне немотивированное поведение, отсутствие контакта с ок­ружающими, нелепый характер навязчивости.

Так, у Алика К. появилось навязчивое стремление ставить калоши в прихожей в определенном порядке, плевать и при этом симметрично располагать плевки на полу и т. п.

Симптом навязчивости наблюдается и при остром, и при мед­ленно наступающем заболевании шизофренией. Обычно эти сим­птомы единичны, рассеяны в общей картине болезни. В более старшем возрасте симптом навязчивости иногда с самого нача­ла заболевания выступает на первый план и становится веду­щим. У этих больных мы встречаемся с сохранностью интел­лекта и с осознанием своей болезни. При этом на первом этапе

болезни навязчивость нередко является как бы результатом трав­мирующих переживаний и психологически понятна. Позднее же аффект выхолащивается и связь навязчивости с травмирующим переживанием теряется.

В наших наблюдениях навязчивость в большинстве случаев с самого начала не имела связи с какой-либо травмирующей причиной. Так, например, у одного ребенка имелось навязчивое стремление к отрыванию пуговиц, которое нельзя ничем моти­вировать, исходя из психологических причин.

Навязчивые страхи, навязчивые движения часто встречают­ся у детей при различного рода энцефалитах. Эти психотичес­кие проявления трудно бывает отличить от шизофренических симптомов в ранних стадиях болезни, особенно при отсутствии органических знаков. Дифференциальный диагноз шизофрении с этими формами заболевания, так же как дифференциальный диагноз других органических заболеваний центральной нервной системы с шизофренными симптомами, может быть проведен лишь при дальнейшем наблюдении за больным ребенком.

Многие иностранные авторы указывают на трудность диаг­ноза шизофрении в детстве. Бюргер Принц (Burger Prinz) гово­рит, что атипичность симптомов как раз типична для детской шизофрении; по мнению Лутца (Lutz), шизофрения у детей соответственно их еще не развитой личности характеризуется малодифференцированной симптоматикой, монотонностью и бед­ностью проявлений. Брэдли (Bradley) ссылается на многих ав­торов, которые считали наиболее типичными симптомами ши­зофрении изменение личности в сторону аутизма, потерю инте­реса к окружающему и нарушение контакта с людьми. Сам автор придает большое значение как диагностическому признаку из­менению поведения, странностям, снижению интересов, сниже­нию чувствительности и регрессу личности.

Регресс личности ребенка отмечается почти всеми автора­ми. Этому явлению зарубежные авторы дают различные, при­чем часто неправильные объяснения. Так, например, Лимиз (Limis) пытается связать его с психоаналитической концепцией возврата к нарциссизму.

Все авторы указывают на расстройство речи у маленьких детей, больных шизофренией.

Десперт ставит акцент на расстройстве мышления, она ука­зывает, что дети слишком зависят от своих матерей, хотя в то же время смотрят на них как на безличных автоматов, которые должны выполнять их желания; дети теряют возможность обра­зовывать привязанности. Десперт перечисляет ряд признаков

ранних проявлений шизофрении, например употребление слов скорее по созвучию, чем по смыслу, частое употребление тре­тьего лица вместо личного местоимения. В качестве начальных признаков заболевания шизофренией она описывает пассив­ность, депрессивное состояние, дремоту днем.

Лутц разбирает симптомы болезни с точки зрения возраст­ных проявлений. Многие симптомы, которые у взрослого ука­зывают на наличие патологического процесса, у детей являют­ся физиологически обоснованными проявлениями. Так, напри­мер, несвязность восприятия и поведения придает мышлению ребенка как бы галлюцинаторно-зрительный характер: куклы го­ворят, предметы бегают и сидят, собственный палец видит и слышит —ребенок живет в мире фантазии.

Видермут (Wiedermuth) указывает, что в процессе игры у ребенка может иметь место расщепление мышления. Вследствие отсутствия логического мышления у него отсутствуют и бредо­вые построения.

Кэппон (1953) писал, что клинические проявления симпто­мов шизофрении у детей характеризуются определенной груп­пой симптомов, наличием прогрессирующего течения заболева­ния и поведением, не соответствующим возрасту (остановка или регресс в развитии).

Разные авторы дают разное описание шизофрении у детей или в более или менее систематизированном виде, или в виде перечисления различных симптомов — склонность к уединению, грезы днем, странности поведения, странности в манере оде­ваться и т. д.

Кэппон описывает невротическое начало шизофрении в виде страхов.

Мы могли бы продолжить перечисление симптомов, на кото­рых останавливаются зарубежные авторы. Несмотря на то что многие из этих наблюдений интересны и более или менее удачно характеризуют клиническую картину, они не дают полного и сис­тематизированного описания заболевания детей шизофренией.

С. С. Мнухин, А. Е. Зеленецкая, **Д. Н. Исаев**

**О СИНДРОМЕ «РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА», ИЛИ СИНДРОМЕ** КАННЕРА. У **ДЕТЕЙ1**

В 1943 г. Каннер описал синдром «раннего детского аутизма», названный с тех пор его именем. Этот синдром, на­блюдавшийся рядом исследователей и до Каннера и после него, был предметом изучения с 1930 г. и членами нашего коллектива.

Литературные данные, как и наши наблюдения, свидетель­ствуют, что синдром «раннего аутизма» проявляется с рожде­ния или с первых лет жизни. Выражается он в основном в отсутствии или исчезновении у детей контактов со средой, от­сутствии заметного интереса к окружающему, адекватных эмо­циональных реакций, а нередко и вообще каких-либо реакций на раздражители, наконец, в отсутствии целенаправленной ак­тивности и деятельности. Дети выглядят «отрешенными», «аути-стически» погруженными в мир собственных переживаний. Они бесцельно скользят «невидящим» взглядом по окружающим ли­цам и предметам или столь же бесцельно и стереотипно подо­лгу производят однообразные движения и действия с какими-либо предметами — ремнем, веревкой, водопроводным краном и др. В грудном возрасте этот синдром проявляется, по Каннеру, в том, что дети не делают встречного «облегчающего» движе­ния, когда их берут на руки, а с 1,5—2 лет и позже он выража­ется помимо «аутистической изоляции» в невыносливости к перемене обстановки, в затруднительном овладении гигиени­ческими навыками и своеобразных нарушениях речи при срав­нительно неплохом интеллекте, богатом словарном запасе, лов­ких движениях и «интеллигентном» внешнем облике. Речь этих детей насыщена элементами эхолалии, персеверациями, они по­чти никогда не обращаются с прямыми вопросами, не дают пря­мых ответов, говорят о себе в третьем лице. Об их желаниях и потребностях окружающие узнают или по мимике и жестам, или по отдельным никому не адресованным восклицаниям («кушать», «гулять», «он хочет спать» и т. п.).

Синдром «раннего аутизма» наблюдается у мальчиков в три-четыре раза чаще, в его возникновении играют роль антена­тальные и реже постнатальные вредности.

Что касается патогенеза и нозологической сущности синд­рома Каннера, то некоторые исследователи считают его психо-

1 Печатается по изданию: Детский аутизм. Хрестоматия. СПб., 1997, стр. 24—30.

генным страданием, другие — самостоятельным заболеванием или своеобразным психозом, сочетающимся с олигофренией, третьи — проявлением ранней детской шизофрении.

Ввиду недостаточной ясности и противоречивости литератур­ных данных о симптоматологии, патогенезе и нозологической сущности синдрома Каннера мы сочли целесообразным сооб­щить о наших наблюдениях над 44 детьми в возрасте от 2 до 14 лет, проведенных нами в течение 5 лет.

Больной Ш., 7 лет, от здоровых родителей. Беременность у матери, роды и раннее физическое развитие ребенка протекали нормально. С раннего детства отличался от сверстников: всегда был один, не любил и не умел играть с детьми, не интересовался игрушками и сказками, иногда что-то говорил сам себе. При этом не производил впечатления умственно отсталого: хорошо запоминал сказанное окружающими, знал знакомых и родных, многое понимал, знал все буквы алфавита.

В клинике с детьми не общается, но и не избегает их. Бесцельно суетлив, стереотипно подпрыгивает, без всякого интереса вертит в ру­ках игрушки. Иногда начинает собирать конструктор или складывать пирамиду, но быстро все бросает, никогда ничего не доводит до конца. К окружающему безразличен, замечает происходящее только тогда, ког­да оно попадает в его «поле зрения». Иногда же проявляет тонкую наблюдательность и способность правильно использовать прошлый опыт. Так, запомнив технику обследования, сам садится; протягивает руку, поясняя: «Не надо шевелиться, нажимать крепко пружину». Вопросы почти не выслушивает и дает на них обычно случайные и чаще неадек­ватные ответы. Однако при настойчивой стимуляции можно добиться вполне правильного ответа. Описывая картинки, сказал: «Сидят за партой мальчики и учатся», «Ребят много — это детский сад». Временами же ведет речь о предметах, которых нет на картинке, не делает никакого усилия для восприятия и осмысления ее. Наряду с глубокой апрозекси-ейг нередко отмечается тенденция к застреванию, неоднократно повто­ряет вопрос или дает ответ на ранее поставленный вопрос, подолгу механически возится с ремешком и др. Если удается «включить» ребенка в ситуацию, он неплохо отвечает на ряд бытовых вопросов («мама дома обед готовит, а папа на работе деньги зарабатывает, а грйчэс уехал в санаторий»). Речь чистая, запас слов большой, несмотря на отсутствие общения с окружающими. Говорит о себе в третьем лице («Боренька не хочет»). Правильно воспроизводит мельчим известных песенок, скла­дывает по образцу простые фигуры из 5—6 гпичек. Движения быст­рые и легкие, но двигательных навыков мало и осваивает их медленно. Адекватных реакций нет. Ко всем относится одинаково равнодушно.

*Апрозексия* (а + *греч.* prosexis — нарушение внимания) — нарушение со­средоточения активного внимании (примеч. *ред.)*

Никогда не вспоминает о матери, при встрече с ней не радуется, при расставании не плачет. Так же ведет себя по отношению к незнакомым лицам — не смущается в новой обстановке, садится к незнакомым на колени и т. д.

Резко ослаблены не только ориентировочные, но и пищевые и зри­тельные реакции: сам никогда не приходит есть, положенную на подо­конник конфету не пытается достать, хотя и знает, как это сделать. При повторных уколах иногда кричит: «Не хочу кольнуть»,— но тут же по­дает руку для укола.

В соматоневрологическом состоянии существенной патологии не отмечено. Физически инфантилен, грацилен.

Больной 3., 6 лет. У матери к исходу беременности разрушились зубы, были судороги в ногах. Роды затяжные (30 часов) с применением стимуляторов.

Родился слабым. На 14-й день заболел пневмонией, осложнившейся диспепсией, обширными опрелостями; врачи подозревали септическое состояние. Позднее долго страдал рвотами, до 3 лет плохо спал. Ходьба и речь с 1 года. Родители заметили, что ребенок растет странным: не интересуется детьми и игрушками, беспокоен, подолгу возится с ненуж­ными железками, говорит сам с собой, до 6 лет говорил о себе в тре­тьем лице, вместе с тем к 5 годам почти самостоятельно научился чи­тать и писать.

Мальчик суетлив, стереотипен, трет нос, уши, бесцельно ходит по комнате, открывает шкафы, берет игрушки, но все тут же оставляет, ничем не заинтересовываясь. Одинаково ведет себя в привычной и в новой обстановке, ни на кого не обращает внимания, но иногда неожи­данно подходит к незнакомому человеку, обнимает его, заглядывает в лицо и тут же убегает. Часто кажется, что он никого и ничего не заме­чает вокруг себя, в действительности же он неплохо регистрирует все, что пассивно попадает в его поле зрения. Спонтанная речь представля­ет собой повторение, а иногда и многократное «переживание» ранее ви­денного и слышанного. Задает много вопросов, например: «Как проходит пища и куда она идет?», «Почему кровь вытекает?». Но вопросы эти обычно ни к кому не обращает и ответы не выслушивает. Никакой це­ленаправленной активности, никаких интересов, тем более способности к усилию и напряжению не проявляет, но иногда охотно слушает сказ­ки, много рисует, хотя рисунки и пояснения к ним очень странны, час­то нелепы. При настойчивой фиксации внимания ребенка удается не­редко добиться неплохих ответов. Так, на вопрос, о чем говорится в сказке «Гадкий утенок», ответил: «Как гадкий утенок вырос красивым лебедем». Речь хорошо развита, часто употребляет ходячие выражения и явно заимствованные фразы, но использует их к месту. Бегло чита­ет, неплохо пишет под диктовку, перечисляет цифры только в прямом порядке и только до 10. В рисунках, письме и спонтанных высказыва­ниях отчетливо отражаются отрывки прошлых впечатлений и пережи-

ваний. Не выражает никаких желаний; не обижается, когда над ним сме­ются дети, никогда не просит есть, не интересуется сладостями, не про­являет никаких защитных и оборонительных реакций. Не умеет себя обслуживать, неприспособлен. Движения неловкие, склонен к подража­тельным действиям («попугайный», «заводной»). Лицо тонкое, вырази­тельное. Левша.

В соматоневрологическом состоянии ничего патологического.

Как видно из приведенных историй болезни, наши наблю­дения во многом подтверждают приводимые в литературе ха­рактеристики синдрома «раннего детского аутизма». Речь дей­ствительно идет о детях, с самых ранних месяцев и лет жизни отличающихся резким ослаблением либо полным отсутствием каких-либо контактов с окружающей средой, отсутствием ясных интересов и адекватных эмоциональных реакций, целенаправ­ленной деятельности и способности к самостоятельному психи­ческому напряжению. Почти у всех у них чистая, хорошо раз­витая речь, богатый словарный запас, но речь лишена прямого социального назначения, информативной роли, изобилует эле­ментами эхолалии, персеверациями. Отдельные движения часто легки и ловки, но формул движения, двигательных навыков очень мало, из-за чего дети эти обычно беспомощны, долго не науча­ются одеваться, нуждаются в обслуживании. Если к этому доба­вить, что они часто разговаривают сами с собой, нередко немо­тивированно улыбаются и смеются, производят впечатление «от­решенных», погруженных во внутренний мир, то нетрудно понять, почему «ранний детский аутизм» включают в рамки детской шизофрении и это считается, как указано рядом ис­следователей, вполне правомерным. По-видимому, той же точки зрения придерживаются и отечественные детские психиатры, поскольку вопрос о «раннем детском аутизме» как особом забо­левании в нашей литературе не обсуждался. Другие авторы, в том числе и Каннер, отличают «ранний детский аутизм» от ши­зофрении на том основании, что он часто оказывается врож­денным и проявления его иногда заметны уже в грудном возра­сте, протекает на фоне полного соматического здоровья и не сопровождается нарушениями биоэлектрической активности моз­га, характеризуется ослаблением или утратой аффективных ре­акций, но не патологическим извращением их, не сопровожда­ется галлюцинациями, вычурными позами. Эти авторы подчер­кивают, кроме того, что при «раннем детском аутизме» в отличие от шизофрении больные не интересуются окружающим, но не отвергают его, для них характерны своеобразные изменения речи.

отличная память и музыкальные способности, они хуже приспо-• сабливаются к среде и т. п.

На основании наших наблюдений мы считаем все эти диф­ференциально-диагностические признаки в большей или мень­шей мере обоснованными и как в отдельности, так и особенно в совокупности пригодными для разграничения «детского аутиз­ма» и ранней шизофрении. Мы полагаем, что больные шизо­френией едва ли «рождаются на свет с готовой болезнью» и что едва ли бывают случаи «истинной» шизофрении, при кото­рой «расцвет болезни резко проявляется уже во время утроб­ной жизни или в самых первых периодах аутизма». Однако, под­держивая необходимость разграничения «раннего детского аутиз­ма», или синдрома Каннера, и ранней шизофрении, мы склонны полагать, что распространенные обозначения первого страдания едва ли удачны. Трудно себе представить, в частности, что при этом синдроме, возникшем у детей на самых ранних этапах жиз­ни, имеются подлинный аутизм и такая степень погруженности в мир своих переживаний, которые приводят больных к почти полному выключению из окружающей обстановки. Судя по на­шим данным, содержанием «разговоров» больных с самими со­бой, тех «разговоров», которые будто бы подтверждают наличие у них аутизма, являются, как уже было сказано, многократное повторение, «переживание» бессвязных обрывков прошлых переживаний, всплывающих воспоминаний, едва ли могущих быть обозначенными как аутизм.

С нашей точки зрения, важнейшее нарушение, лежащее в основе симптоматики у детей с «ранним аутизмом», — более или менее резкое снижение психического или «витального» тонуса, ослабление или отсутствие способности к психическому напря­жению и к целенаправленной активности. Одним из самых су­щественных симптомов является, вопреки мнению Каннера, от­нюдь не протест этих детей против перемены обстановки, а из­начальное очень явное, необычно разительное ослабление инстинктивных или безусловно рефлекторных реакций — ори­ентировочных, пищевых, самозащиты и др. Отсутствие этих ре­акций, всегда, как известно, очень четко направленных, делает поведение детей аморфным, хаотичным, дезорганизованным, а их самих — практически беззащитными и беспомощными. Есте­ственно, что такая изначальная, часто врожденная недостаточ­ность безусловно-рефлекторного фонда, важнейших стволовых аппаратов, возможно, ретикуляторной формации не может не отразиться отрицательно на формировании корковой деятельно-

ти. Кора головного мозга у этих детей неплохо и пассивно ре-истрирует и запечатлевает все, что случайно попадает в их поле рения, но утрачивает способность активного, избирательного пгношения к явлениям окружающей среды. Отсюда грубые на-ушения внимания, склонность «невидящим» взглядом скользить ie3 интереса по окружающим лицам и предметам, бесцельные ,вижения, длительная неспособность овладеть навыками само-бслуживания и, главное, длительная задержка формирования амосознания, комплекса «Я», что сказывается в склонности го-орить о себе в третьем лице, в подражательности речи и дей-твий и др. Важно еще раз подчеркнуть, что при настойчивой тимуляции удается заставить этих детей «собраться», «мобили-оваться» и дать более или менее правильные ответы на вопро-ы или проявить более или менее адекватные эмоциональные еакции. Вполне вероятно, что в коре головного мозга этих де-ей на фоне экспериментально установленного нами преобла-ания тормозного процесса имеются гипноидные фазы — пара-оксальная и ультрапарадоксальная. По-видимому, в связи с этим :алодейственны любые сильные раздражители реальной обста-овки и весьма активны следы прошлых впечатлений и воспри­ятий, имитирующие «отгороженность», «аутизм» и др.

Но если исключить «ранний детский аутизм» из рамок дет­ской шизофрении, то каковы его нозологическая принадлежность и генез? Следует в первую очередь отклонить утверждение о психогенном его происхождении. «Детский аутизм» — патологи­ческое явление и прогностически настолько неблагоприятное страдание, что объяснять его патологией личности родителей, отсутствием контактов между родителями и ребенком, отрица­тельными воспитательными влияниями, распадом семьи и т. п. невозможно. Не соответствуют действительности и утверждения, что больные эти будто бы поправляются под влиянием психоте­рапии или при улучшении их положения в семье и т. п.

Высказывается мнение, что «ранний детский аутизм» явля­ется самостоятельным, главным образом наследственным пси­хическим расстройством либо психозом, сочетающимся с оли­гофренией. Такой взгляд обосновывается следующими довода-Ми: 1) «ранний детский аутизм» встречается у мальчиков в 3—4 раза чаще, чем у девочек; 2) все наблюдавшиеся близнецы с «ранним аутизмом» были однояйцевыми; 3) возможна имитация аутизма у детей, перенесших органическое поражение головно­го мозга (асфиксию, энцефалит); 4) симптоматология аутизма еди­нообразна и характерна, проявляется с момента рождения.

Основные их этих доводов подтверждаются и нашими наблюдениями. Так, среди 44 наших больных было 8 девочек и 36 мальчиков. У 30 из них заболевание было, по-видимому, врож­денным, проявившимся уже в грудном возрасте, у 7 развилось на первом году жизни, у 4 — в возрасте до 2 лет и лишь у 3 — после 2 лет. Что касается наследственности, то лишь у 6 отме­чена психопатическая отягощенность, у 6 больных в анамнезе не было указаний на патогенные факторы, у 25 отмечена су­щественная патология беременности матери (кровотечение, тя­желый токсикоз), у 9 к этой патологии присоединилась асфик­сия при родах, у 5 были последовательные изнуряющие инфек­ционные заболевания и у 4, по-видимому, энцефалиты в раннем возрасте. Очевидно, что анамнестические указания не всегда от­ражают действительную причину болезни. Несомненно, однако, что частая патология беременности у матерей наших больных при редкости и неспецифичности наследственной отягощеннос-ти убедительно свидетельствует, что «детский аутизм» скорее не наследственное, а врожденное страдание, обусловленное внутри­утробными вредностями и — реже — истощающими заболевани­ями раннего детства.

Все это не решает, однако, вопроса о нозологической сущ­ности «детского аутизма». Одни исследователи расценивают его как определенную форму психического недоразвития, как ре­зультат недоразвития эмоций, инстинктов и побуждений, дру­гие подчеркивают признаки, разграничивающие «детский аутизм» и олигофрению, третьи указывают на частое сочетание его с последней.

Эти разногласия зависят, на наш взгляд, не только от неяс­ности генеза аутизма, но и от несовершенства современных пред­ставлений об олигофрении, под которой подразумевают некое ка­чественное единообразное нарушение, различающееся лишь ко­личественно (по степени тяжести). Отрицательную роль играет и тот факт, что понятием «олигофрения», «малоумие» чрезмерно подчеркивается интеллектуальный дефект, а часто наблюдающи­еся при этом аффективно-волевые нарушения расцениваются не­редко как факультативный, необязательный придаток, как некая оболочка, не определяющая основного расстройства, т. е. нару­шения мышления, способности к обобщению, отвлечению и др.

Мы полагаем, что «детский аутизм» представляет собой своеобразную разновидность психического недоразвития, при которой на передний план выступают аффективно-волевые на­рушения, шизоформный характер поведения, обусловленный пре-

имущественным недоразвитием активирующих, «энергозаряжа-ющих» систем ствола мозга. Это вовсе не означает, что в ин­теллектуальном отношении дети эти вполне нормальны. Наобо­рот, среди наших больных не было ни одного интеллектуально полноценного, но, во-первых, структура интеллектуального де­фекта у них качественно иная, чем в других случаях «истин­ной» олигофрении, во-вторых, интеллектуальная недостаточность у них «перекрывается» обычно грубыми нарушениями личности и поведения. У большинства этих больных выявляются конкрет­ное, «регистрирующее» мышление, длительная неспособность ов­ладеть навыками чтения, письма и счета, временными и про­странственными представлениями, операциями, состоящими из ряда последовательных актов (перечисление дней и месяцев в прямом и обратном порядке и др.), длительная дезориентировка в сторонах тела. Все эти нарушения нередко маскируются хо­рошей памятью, способностью «попугайно» воспроизводить слож­ные отрывки из речи окружающих, хорошей речью, часто от­личным музыкальным слухом, склонностью к фантазированию. Своеобразие психики детей с «ранним аутизмом», или шизофор-мными изменениями личности, соответствует их биологической реактивности, особенностям функционального состояния их ги-пофизарно-надпочечникового аппарата и некоторых вегетатив­ных реакций.

**Д. Н. Исаев, В. Е. Каган**

АУТИСТИЧЕСКИЕ **СИНДРОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: МЕХАНИЗМЫ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ1**

Отдельные случаи аутистических состояний описыва­лись давно (I. Haslam, 1809; S. Witmer, 1920; J. Despert, 1938; C.Bradley, 1942; и др.)- В работах советских авторов 20—30-х годов (Г.Е.Сухарева, 1925; М. О. Огуревич, 1927; Т. П. Симеон, 1929, Н. И. Озерецкий, 1938; М. С. Певзнер, 1941) не только со­держатся клинические описания таких детей, но и рассматри­вается вопрос о нозологической и этиологической принадлеж­ности этих состояний. После опубликования L. Каппег (1943) ра­боты о раннем инфантильном аутизме интерес к проблеме резко оживился. В обширной литературе, накопившейся за истекшие 30 лет, отражено множество точек зрения. При их анализе уда­ется отметить две ведущие тенденции: 1) рассмотрение всех аутистических синдромов детства в рамках синдрома и концеп­ции L. Каппег о раннем инфантильном аутизме, что характерно для большей части изученной литературы, и 2) выделение различных клинических форм детского аутизма (Н. Asperger, A. van Krevelen, F. Menolascino, С. С. Мнухин с сотр., Д. Н. Иса­ев, В. Е. Каган). Их объединяет сформулированное A. van Krevelen (1953) положение об аутизме как одном из синдромов детской психопатологии, отличающемся от оригинальной концепции Е. Blenler, имевшей в виду согласующуюся с диагнозом патоло­гию мышления. Сходные мнения выражаются и другими авто­рами (Г.Е.Сухарева, 1951; М. Rutter, 1972).

Данное сообщение основано на материале многолетнего изу­чения больных С. С. Мнухиным и наших собственных наблюде­ний. Мы считаем целесообразным и возможным выделение ряда групп детского аутизма. В настоящем изложении мы не касаем­ся шизофрении и раннего инфантильного аутизма Каппега как классических и многократно описанных форм.

*Группа I.* Аутистические психопатии. Их клиническая кар­тина, в том числе и под названием шизоидных психопатий, ис­черпывающе и многосторонне описана в работах Н. Asperger, A. van Krevelen и др. С. С. Мнухин с сотр., касаясь этих состоя­ний (1969, 1970), подчеркивали наличие контрастных черт лич­ности, окружающих закономерности личностного формирования у аутистических психопатов.

1 Печатается из сборника: Патологические нарушения поведения у под­ростков. Л., 1973, с. 60—68.

При изучении их анамнеза можно встретить указания на по­здний возраст родителей, легкие токсикозы и асфиксии в ро­дах, психотравму матери в период беременности, слабость ро­довой деятельности, заболевания первого года жизни (прививоч­ные реакции, отит и т. д.). Это, как правило, дети интеллигентных, хотя и обладающих своеобразными чертами характера и лично­сти, но хорошо адаптированных родителей.

Обычно они попадают в поле внимания психоневролога на­чиная со 2—3-го года жизни и чаще — на фоне качественного и количественного изменения требований среды (устройство в дет­ский сад, изменение семейной обстановки, поступление в шко­лу, смена места жительства, класса или школы).

Интеллект этих детей, как правило, высок (до 120—135 по WISC). Отмечается незначительное преобладание вербального интеллекта по сравнению с невербальным. Склад мышления мо­жет быть назван проблемным. Речь развивается рано, часто рань­ше ходьбы и отличается богатым словарным запасом, тонкой смысловой и эмоциональной нюансировкой.

Производя внешнее впечатление холодных, гордых, замкну­тых, они в действительности страдают от своей неспособности к установлению и поддерживанию широких контактов и склон­ны к формированию прочных привязанностей к немногим лю­дям. Иногда они пользуются уважением за ум, осведомленность, принципиальность. Чаще же из-за раздражающей откровеннос­ти и неуместной прямолинейности, неумения наладить и под­держать контакт, несоблюдения общепринятых правил и субор­динации они оказываются в довольно напряженных отношени­ях с воспитателями и сверстниками. Их двигательно-спортивная неловкость также снижает возможности завоевания и поддер­жания авторитета в коллективе.

Интересы и увлечения этих детей необычны, односторонни, длительны и характеризуются опережающим несоответствием воз­расту. Бросается в глаза «взрослость» их поведения и речи, со­провождающаяся возмущением «несерьезностью», «ребячливос­тью» сверстников и тягой к лучше понимающим их взрослым. В фантазировании, свойственном детям этой группы, отражаются не только интересы, увлечения, проблемный склад мышления, но и стремление компенсировать свое положение в детском коллек­тиве и отдельные стороны своей несостоятельности.

Трудности коммуникации осознаются и переживаются, бла­годаря чему большинство детей этой группы существуют на уров­не длительной невротизации, проявляющейся в широком набо­ре невротических симптомов: от астенических до обсессивных

*df.7*

(С. С. Мнухин и В. И. Гарбузов, 1970; В. И. Гарбузов, 1972). Они значительно больше страдают от непонятости. По нашим пред­варительным данным, контролируемое пребывание этих детей в здоровой детской группе может иметь терапевтическое значе­ние. У ряда наблюдавшихся детей - нарушения тонкой про­странственной ориентации.

Принято считать, что эти дети являются представителями «крайнего варианта мужского характера» (A. van Krevelen, 1962, и др.). В то же время некоторые их особенности, выявляющиеся при наблюдении (раннее речевое развитие и высокий уровень речи в последующем, тонкая ручная умелость при общемотор­ной неловкости и др.), описываются как характерные отличи­тельные признаки психофизиологического развития девочек по сравнению с мальчиками.

Следующие три группы (2, 3, 4) могут быть в общем виде рассмотрены как варианты резидуально-органической патологии. На возможную роль органических поражений мозга в проис­хождении детского аутизма указывали A. van Krevelen, Schain и Jannet, Takahashi и др. Однако не сам по себе факт выявления органических вредностей в анамнезе, а лишь возможность ус­тановления связи между ними и клиническими проявлениями может дать основание для суждения об их роли в формирова­нии синдрома. С. С. Мнухиным (1947) были описаны больные с органическим аутизмом, развивавшимся на почве алиментарных дистрофий в раннем возрасте. Им и его сотрудниками высказа­но мнение, согласно которому органический аутизм представ­ляет собой особую аномалию психического развития.

*Группа 2.* Органические аутистические психопатии. В анам­незе детей этой группы обычно выявляются анте- и интрана-тальные вредности, тяжелые соматические заболевания на пер­вом году жизни.

В наиболее легких случаях их проявления приближаются к картине аутистических психопатий первой группы и нередко трудны для отграничения. Детей этой группы резко отличает более выраженная двигательная неловкость, неуклюжая манера дер­жаться и странная форма общения с окружающими. В отличие от высокого и среднего интеллекта при аутистических психопа­тиях у этих детей интеллект может быть на уровне средней нор­мы или даже пограничным. Примечательна более резкая разни­ца между -вербальным и невербальным интеллектом в основном за счет снижения невербального. Например, итоговая оценка по WIST —92—93, вербальная— 114, невербальная — 71. Возможны

затруднения в овладении школьными навыками, особенно по математике. Более отчетливо по сравнению с первой группой выражена недостаточность пространственно-временных представ­лений.

Эти дети склонны к бесплодному мудрствованию, странно­му, неумелому рассуждательству, ненужным вопросам и обли­чительным речам. У многих выражены односторонние бесплод­ные увлечения и тенденция к фантазированию. При этом фан­тазии беднее, чем в первой группе, а интересы и увлечения не носят характера опережающего несоответствия. Вместо «взрос­лости» речи здесь часто обнаруживается склонность к сложным и витиеватым формулировкам. Все эти особенности проявляют­ся на фоне недостаточности психического напряжения, элемен­тов аспонтанности, прилипаемости и застревания, снижения целеустремленности и известной зависимости поведения от слу­чайных внешних раздражителей. Будучи привязанными к близ­ким, они не способны к глубоким эмоциональным контактам с окружающими. Вместе с тем в новой обстановке они «свобод­ны» вплоть до развязности и фамильярности. У многих отмеча­ются легкие неврологические и соматовегетативные органичес­кие стигмы. С. С. Мнухин (1968) рассматривал эти состояния как атоническую форму резидуальных психопатий.

*Группа 3.* Аутистический синдром при олигофрении. У V3 этих детей психическая неполноценность причинно связана с грубой эмбриопатией и интранатальными вредностями, а у ос­тальных — с неоднократными тяжелыми заболеваниями, энцефа­литами, травмами головы или тяжелыми осложнениями вакци­наций в раннем детстве.

Отмечается резкая диссоциация вербального и невербаль­ного интеллекта за счет выраженного снижения невербального при более сохранном вербальном. Так, при итоговой оценке 60 по WISE вербальные оценки могут составлять 80—90, а невер­бальные 40—30. Больные обладают значительным запасом фор­мальных сведений, которыми в практической жизни пользуют­ся мало или в неподходящей ситуации.

Эти дети обращают внимание часто не столько психичес­ким отставанием, сколько странностью и чудаковатостью в по­ведении, в повседневной реализации наличного интеллекта. В связи с неспособностью к выраженному психическому напря­жению их внимание скользит от одного объекта к другому, а поведение часто приобретает черты «полевого». Это ярко про­является в играх, а у более старших детей — при обучении. Они

часто не сразу откликаются на зов, могут «не замечать» людей. Но при этом настойчивое внешнее стимулирование и побужде­ние позволяют выявить их способности к решению относитель­но сложных житейских задач. Большинство из них не стремят­ся к обычным детским развлечениям, но могут подолгу заниматься примитивными играми вроде верчения колесика, веревочки. Эта монотонная активность очень близка к стереотипной — по типу застревания—подвижности в виде похлопываний, подпрыгива­ний и т. д. У многих из них отмечаются нарушения в сфере ин­стинктивных проявлений: снижение или отсутствие чувства опас­ности, извращение аппетита и др. Они могут тепло относиться к родителям, особенно к матери, но практически не способны к эмоциональному контакту с другими людьми и сверстниками, хотя благодаря отсутствию чувства дистанции и субординации они часто выглядят грубо развязными. При этом их отличает беспомощность и беззащитность перед лицом недружественно­го поведения. Они склонны к использованию усложненных ре­чевых шаблонов при малом запасе понятий, задают массу от­влеченных вопросов, которые носят характер бесцельного лю­бопытства. Их увлечения и фантазии часто причудливы, но в основе своей бедны, монотонны и представляют собой обрывки слышанного и виденного, складывающиеся в необычные и стран­ные построения. Грубые и стойкие нарушения пространствен­но-временной координации и ориентации создают крайние труд­ности в их обучении и бытовой адаптации. У всех этих детей неловкая и своеобразная моторика с затрудненным освоением даже несложных навыков.

*Группа 4.* Аутизм детей с эпилептическими припадками. Неуклюжие, с неловкой моторикой, эти дети хорошо запомина­ют длинные стихи, сказки, песни. Инстинктивные и эмоциональ­ные проявления у них бедны. Они склонны к резонерству, фан­тазированию, бессмысленному любопытству и мудрствованию. Нарушения поведения и интеллекта чаще всего связаны у них с внутриутробными вредностями. При этом недостаточность ин­теллекта «перекрывается» аутистическими проявлениями, что вообще характерно для органического аутизма. С. С. Мнухин (1963), наблюдая этих детей, изучил связь степени и особеннос­тей аутизма с характером и частотой припадков. Выяснилось, что у ряда больных эпилептические статусы и единичные паро­ксизмы возникали сезонно (весной, осенью) или примерно периодически. Был подчеркнут параллелизм выраженности аути-стических и эпилептических проявлений и сформулировано по-

ложение о том, что сочетание их представляет собой законо­мерный, патогенетически целостный и единый комплекс.

*Группа 5.* Аутистические реакции и патологическое разви­тие личности по аутистическому типу. Аутистическому реагиро­ванию вне рамок психозов и психопатий в литературе уделено сравнительно мало внимания. Между тем этот тип реагирова­ния отнюдь не редок в детской практике.

Можно выделить по крайней мере три основные формы: 1) психогенный, 2) соматогенный аутизм, 3) патологическое раз­витие личности по аутистическому типу. Однако при индивиду­альном анализе чаще приходится сталкиваться с совместным — в рамках единого патогенеза — действием различных факторов: психогенного, соматогенного и фактора продолжительности лич­ностного отреагирования, в свою очередь зависящего от ряда условий. Такая ситуация создается при ряде длительных забо­леваний и состояний, деформирующих внешность ребенка, ог­раничивающих двигательные возможности,- снижающих приток информации и затрудняющих общение. Сошлемся на наши на­блюдения аутизма у детей с неспёцифическим инфекционным полиартритом, гигантизмом, на изучающуюся Б. Е. Микиртумо-вым (1972) аутизацию у слепых и слабовидящих детей и т. д.

Известное значение в формировании аутистического реаги­рования имеют различной выраженности асинхронии развития, возрастные кризы, средовые особенности и характер реагиро­вания референтной группы на проявления особенностей у ре­бенка и его собственного отношения к ним.

Нецелесообразно относить к этой группе аутистических психопатов, у которых психогении и соматогении декомпенси-руют, акцентируют имеющиеся особенности личности.

Электроэнцефалографическое обследование позволяет выде­лить общие для всех 5 перечисленных групп изменения, варьи­рующие по выраженности, но однотипные по существу. К ним относятся изменения корково-подкорковой динамики при веду­щей роли срединных, в частности лимбических, структур мозга. На подавляющем большинстве электроэнцефалограмм отмечаются нарушения на гипоталамо-диэнцефальном уровне. На наш взгляд, имеет значение не столько высокий или низкий arousal сам по себе, сколько итоговая характеристика функционирования кор-ково-подкорковых систем.

Пневмоэнцефалография, проведенная в стационарных Условиях детям с органическим аутизмом, свидетельствует о наличии корректирующих с данными электроэнцефалографии

471

мозговых нарушений. Наиболее значимыми в этом плане оказа­лись дислокации желудочков, признаки внутренней сообщающей­ся водянки, патология области третьего желудочка, подкорковые и лобно-теменные атрофии.

Представляется правомерным рассмотрение указанных на­рушений в свете сформулированной П. К. Анохиным теории «функциональной системы», работающей по принципу обратной связи, «санкционирующей афферентации». В деятельности лоб-но-лимбического комплекса, являющегося ядром функциональ­ной системы мотивации и организации поведения, эмоции мо­гут быть рассмотрены 1) как усилитель деятельности и 2) с точ­ки зрения их оценочной роли. На снижение в ряде случаев их роли как усилителя деятельности косвенно указывают известные успехи попыток стимулирующего лечения антидепрессантами. Что же касается оценочных функций, здесь имеет значение не только, а часто и не столько их сохранность, сколько включе­ние их в систему обратных связей между планирующими пове­дение структурами и структурами эмоционального реагирова­ния. Здесь представляется обоснованным обсуждение участия и роли в этих нарушениях гиппокампа. Если в норме он «отфиль­тровывает» не вовлеченную в сферу данного поведения инфор­мацию, то при его удалении не затрагивается ориентировочная реакция, затрудняется выработка условных отставленных реак­ций и организация последовательного поведения. Гиппокамп, та­ким образом, может играть роль «фильтрационной решетки» в системе лобно-лимбических связей, от деятельности которой за­висит функционирование всей системы организации и плани­рования поведения у наблюдавшихся детей. Нарушение ее дея­тельности снижает возможности накопления поведенчески-про­дуктивного опыта, выражающегося на уровне так называемой «психической коры» в создании готовых к реализации мотива-ционных блоков. При этом в выраженных случаях, особенно при органическом аутизме, поведение может осуществляться на «неэкономичной основе» по типу случайного или близкого к случайному поиску.

Рассматривая это как одну из сторон того, что кроется за термином «дефект интуиции», мы считаем необходимым обра­тить внимание и на другую сторону. Все формы ориентации, и особенно ориентации на высшем уровне человеческой психики, требуют центральной обработки и интеграции получаемой орга­низмом извне пространственной и пространственно-временной информации. Между тем в клинической картине рассмотренных

*AT)*

групп детского аутизма выявляется недостаточность простран­ственно-временных представлений в отношении как физического, так и психологического пространства-времени. Указанная недос­таточность при сохранной эмоциональной потенции приводит к наблюдающимся своеобразным нарушениям ориентации в ок­ружающем и к затруднениям в адекватном по времени и на­правленности адресовании эмоций.

Интеграция этих двух сторон, как нам кажется, и формиру­ет определяющие черты рассмотренных групп детского аутиз­ма, являющегося синдромом детской психопатологии, особенно­сти проявлений которого зависят от сондромологической спе­цифики нарушений у детей и подростков.

**К. С. Лебединская**

**ТЕРАПИЯ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА1**

Проблема медикаментозной терапии раннего детского аутизма (РДА) имеет свой исторический путь, связанный как с эволюцией взглядов на эту патологию, динамикой отношений к ее лечению, так и с традициями медицины, прежде всего детс­кой психиатрии в разных странах.

В отечественной психиатрии, долго рассматривавшей РДА в основном в рамках детской шизофрении, его проявления расце­нивались как симптоматика самой болезни. Поэтому предпочи­тались достаточно высокие дозы нейролептических препаратов.

Это же было характерно для американской психиатрии с 50-х гг. в связи с победным опьянением от «психофармакологи­ческой эры» — парадом открытий психотропных препаратов. Тя­желых возбужденных больных удавалось «вписать в интерьер», сделать относительно управляемыми, но, как заключил отец аутич-ного ребенка, «жить стало проще, но мы потеряли сына». Ко­нечный эффект больших доз нейролептиков в детской практике сводился к угнетению познавательных процессов, психического развития ребенка в целом.

Как известно, в 60-е гг. за рубежом, прежде всего в США, начала преобладать идея РДА как особой аномалии психическо­го развития, связанной с психотравмирующими условиями вос­питания: патологически тяжелым эмоциональным давлением ма­тери, парализующим психическую активность ребенка. Такой подход предусматривал необходимость не медикаментозного ле­чения, а психотерапии: реконструкции межличностных отноше­ний «мать — ребенок». Присоединение к этому и предшествую­щего неудачного опыта от лечения большими дозами нейролеп­тиков отбросило поиск адекватного лечебного воздействия в сторону только психолого-педагогической коррекции. Ме­дикаментозная терапия была скомпрометирована как фактор, тор­мозящий нормальный психический онтогенез. Стадия неоправ­данного терапевтического оптимизма сменилась стадией такого же неоправданного пессимизма.

Однако постепенно накапливалось все больше данных о био­логической природе РДА. В 70-х гг. эта аномалия развития была описана при таких грубых органических поражениях ЦНС, как фенилкетонурия, хромосомная патология (фрагильная Х-хромо-

1 Печатается по изданию: Детский аутизм. Хрестоматия. СПб., 1997. стр. 124—133.

сома), таких дегенеративных заболеваниях, как болезнь Ретта и др. Это вновь развернуло поиск в сторону медикаментозной те­рапии РДА.

Предшествующее разочарование в нейролептиках сначала определило предпочтение барбитуратов, пептидов, опиатов, боль­ших доз витаминов. Однако быстрое накопление многочислен­ных вариантов транквилизаторов, антидепрессантов и психости­муляторов, не обладающих массивными побочными действиями и осложнениями нейролептиков, значительно уменьшило страх перед медикаментозной терапией.

Подход к лечению РДА различен в разных странах. Во мно­гих учреждениях США, где проводится массивная психолого-пе­дагогическая коррекция РДА, медикаментозное лечение отсут­ствует вообще. В других терапия используется в различной мере, часто — лишь при психотических осложнениях, судорожных при­падках. В Европе арсенал психотропных средств значительно шире и подход смелее. В отечественной детской психиатрии ме­дикаментозное лечение РДА проводится особенно интенсивно.

Поэтому странным образом выглядит та ситуация, что в от­личие от зарубежной практики, где при меньшем применении лекарств вопросы медикаментозной терапии РДА достаточно широко освещаются в монографиях и текущей литературе, в на­шей стране специальных достаточно обобщающих работ, посвя­щенных этой проблеме, практически не существует. Данные ре­комендации имеют целью по мере возможности восполнить этот пробел.

К сожалению, медикаментов со специфическим действием именно на синдром РДА практически не существует. Речь идет об индивидуализированных комбинациях нейролептиков, транк­вилизаторов, антидепрессантов, психостимуляторов, лекарствах общеукрепляющего действия, а в случаях необходимости дегид-ратационной и антисудорожной терапии. В детской практике широко применяются препараты, обладающие более мягким дей­ствием и меньшими побочными явлениями, различные комбина­ции микстур и лекарственных трав. Препараты, получившие те­перь рабочее наименование «антиаутистических» (лепонекс, эг-лонил, оран, флупширилен, симан, фенфлюрамин) относительно более специфичны ввиду их действия не на сам аутизм, а лишь на его предпосылки: аффективные, двигательные расстройства, состояния тревоги и страхов.

Нозологический подход к медикаментозной терапии РДА оказался несостоятельным. Во-первых,-не может быть нозологи­ческой терапии РДА, относимого к эндогенному, шизофренному

**475**

кругу, так как неясна нозологическая сущность самой шизофре­нии. Неэффективной оказалась попытка специфической терапии синдрома РДА внутри различных органических форм пораже­ния ЦНС: при фрагильной Х-хромосоме, фенилкетонурии и др. Лечение фолиевой кислотой, большими дозами витаминов груп­пы Вб, завираксом, чуть поднимая общую активность аутичного больного с фрагильной Х-хромосомой, антиаутистического эф­фекта не давало. Специфическая диета при ФКУ хотя и умень­шает проявления тяжелого органического психосиндрома, одна­ко аутистические проявления не снимает. РДА органической при­роды лечится также неспецифическим набором психотропных препаратов, независимо от нозологии.

Лечение РДА трудно ввиду сложного переплетения дизонто-генетических расстройств с нередкой симптоматикой текущего болезненного процесса. Нарушение психического развития при РДА по типу искажения (недоразвития одних систем и акселе­рации других) требует большой осторожности в применении пре­паратов, оказывающих затормаживающее действие.

Наш многолетний опыт выявил ряд общих закономерностей, специфических для длительной «поддеРживающей» терапии РДА. Поэтому, прежде чем представить частное действие отдельных лекарств, мы сочли целесообразным сначала остановиться на ряде общих принципов терапии РДА в домашних условиях.

Полученные данные основаны на анализе лечения 385 аутич-ных детей в возрасте от 4 до 10 лет, наблюдаемых в специаль­ной экспериментальной группе по комплексной клинико-психо-лого-педагогической коррекции РДА при НИИ коррекционной педагогики РАО,

Как известно, там, где речь идет не о психической болезни (либо ограниченной во времени, либо текущей), а об аномалии развития, на первый план в стимуляции психического онтоге­неза выходит психолого-медико-педагогическая коррекция. В слу­чае РДА ее основной задачей является установление контакта аутичного ребенка с внешним миром, формирование межлично­стных взаимоотношений, предпосылок целенаправленной соци­альной деятельности, воспитание и поддержание адекватных со­циальных установок и интересов.

Медикаментозная же терапия облегчает психолого-педаго­гическую коррекцию, способствуя снятию продуктивной болез­ненной симптоматики (тревоги, страхов, психомоторного возбуж­дения, навязчивых явлений), поднятию общего и психического тонуса. Такая лекарственная «подушка» делает аутичного ребенка более доступным психотерапии, воспитанию и обучению и

является неотъемлемой частью комплексной клинико-психоло L го-педагогической коррекционной тактики. Объединение биоло-< гической и социальной коррекции способствует их взаимному потенцированию.

С точки зрения основной цели — реконструкции психичес­кого развития, возможности адекватного воспитания и обучения — главной задачей медикаментозной терапии является стимуляция энергетического потенциала и снятие сенсо-аффективной ги­перестезии. Это осуществляется комплексом психостимуляторов, нейролептиков и транквилизаторов.

Достаточно крупной терапевтической мишенью является и комплекс «возрастных» симптомов, сопутствующих специфичес­кой симптоматике РДА, а иногда и маскирующих ее: вегетатив­ной дистонии, явлениям психомоторного возбуждения, растор-моженности влечений.

Ряд подходов к лечению РДА обусловлен важностью учета функциональной незрелости внутренних органов ребенка (пече­ни, почек и др.), других функциональных систем (гормональной, ферментативной, иммунной, определенных отделов мозга, гема-тоэнцефалического барьера).

Поэтому к медикаментам предъявляются повышенные тре­бования в отношении их безопасности, минимальности побоч­ных действий. Предпочитаются психотропные препараты, уже апробированные в практике терапии взрослых больных и в боль­ничных условиях.

В детском возрасте очень незначительна разница не только между дозами, вызывающими терапевтический и угнетающий эффект, но и дозами токсическими. Поэтому необходимы осто­рожность и терпение при наращивании доз, начало лечения — всегда с доз минимальных.

Если такие первичные для РДА расстройства, как низкий психический тонус и сенсо-аффективная гиперестения являются облигатным2 объектом терапии, то подход к другой симптоматике РДА, расцениваемой нами как вторично-дизонтогеническая, ви­доизменяет наше отношение к стратегии лечения. Это в первую очередь относится к стереотипиям, особенно двигательным. Как известно, в традиционной клинической практике эти явления рас­сматриваются в кругу процессуально-болезненных, кататоничес-ких расстройств и подлежат терапевтическому снятию.

*Облигатный {лат.* obligatus — обязательный, непременный), термин, при­меняемый для обозначения свойства, присущего данному явлению, со­стоянию, процессу, болезни *{примеч. ред.].*

Вопрос о механизме стереотипии представляет, с нашей точки зрения, большой интерес. Действительно, их кататонический (или кататоподобный) характер не случаен. Достаточно вспом­нить весь моторный облик аутичного ребенка: манерность позы и походки, скованность и деревянность движений. В этом дви­гательные стереотипии правильно расцениваются клинициста­ми как патологические образования. Однако защитные механиз­мы больного организма могут работать только в патологическом регистре. Двигательные, сенсорные, речевые стереотипии в оп­ределенной мере субъективно спасительны для аутичного ре­бенка, так как, заглушая ощущения тревоги и страхов, в то же время вызывают у него положительные эмоции в условиях са­моизоляции от окружающего мира. Поэтому в психолого-педа­гогической коррекции, начиная от этапа завязывания контактов и нередко до этапа разработки профессиональных навыков, склонность к стереотипиям используется психологом и педаго­гом как фактор, облегчающий для аутичного ребенка выработку полезных социальных навыков. В этих условиях перед врачом встает задача определения степени выраженности стереотипии. Их медикаментозная ликвидация целесообразна тогда, когда они достигают уровня насильственности, тяжелой одержимости, пре­пятствуют целенаправленной деятельности и осуществлению коррекции.

То же касается и патологических фантазий, привычно рассматриваемых в детской психиатрической клинике как «бре-доподобные», в связи с чем они нередко являются объектом ак­тивной нейролептической терапии. Наш опыт показывает, что «лечить» их, особенно в начале, не следует. Через фабулу пси­хологу и педагогу облегчается вход в эмоциональный контакт с ребенком, в совместную деятельность, прежде всего — игру. В дальнейшем направленное специалистом видоизменение сюже­та такой фантазии поможет ему постепенно «развернуть» инте­ресы ребенка на окружающий его мир.

Имеется ряд и других закономерностей в терапии РДА у де­тей. Так, нередко при достижении в процессе психотерапии эмо­ционального контакта со специалистом ребенок, ранее скрывавший свою тревогу и страхи, начинает с облегчением о них рассказы­вать. Такой «прорыв» обрушивается на врача массой информации о патологической симптоматике и не всегда позволяет ему разгра­ничить ее во времени, понять, что откровенность ребенка свиде­тельствует о дезактуализации страхов. Поэтому первым порывом врача нередко является ошибочное увеличение дозировки препа­рата, в то время как речь должна идти о ее снижении.

Ряд специфических сложностей в лечении РДА связан и с недифференцированным подходом к психопатоподобным прояв­лениям. Так, одному из вариантов РДА присущи агрессивные высказывания и действия, и поэтому действительно показаны нейролептические препараты. Но нередко агрессия аутичного ребенка обусловлена психогенно, как третичное образование — реакция на обиду, ущемление, как попытка самоутверждения в ответ на чувство собственной неполноценности. Назначение ней­ролептиков здесь малоэффективно. Гораздо результативнее при­менение транквилизаторов, а еще более — психотерапии. Это относится и к склонности к аутоагрессии — самоповреждениям, в части наших наблюдений также обусловленным психогенно.

Сходный механизм возникает при изменениях поведения, обозначаемого нами как «псевдопсихопатоподобное». Уменьше­ние в процессе психотерапии и медикаментозного лечения ско­вывавших ранее ребенка тревог и страхов высвобождает его ак­тивность, возможность эмоционального, личностного реагирова­ния и сначала нередко приобретает гипертрофированные формы негативистичности, неуправляемости. Неумелое стремление к контактам проявляется в неестественных импульсивных поступ­ках, внешне похожих на агрессию. «Глушение» этих состояний нейролептиками, естественно, ошибочно. Здесь эффективна лишь психолого-педагогическая коррекция поведения.

Есть и более частные ситуации, когда ради максимального сохранения эмоциональной активности ребенка целесообразно сни­жение доз и даже снятие медикамента. Так, в период внедрения «холдинг»-психотерапии, эффективность которой зависит от пер воначального сохранения высокого уровня эмоционального напри жения, целесообразно временно прекратить седативную терапию.

Очень важным фактором, требующим постоянного учета, яв­ляется роль «почвы» или «фона», на котором развивается РДА. Прежде всего речь идет об органической недостаточности ЦНС. Эта «почва» часто вносит выраженность экстрапирамидных по­бочных действий при лечении нейролептиками, часто уже с са­мого начала лечения, при малых дозах препарата. Очевидно, здесь имеется суммация органически обусловленных побочных действий препарата с вероятной (судя по особенностям моторной сферы) экстрапирамидной недостаточностью, свойственной самому РДА.

Побочные действия транквилизаторов проявляются, как из­вестно, в виде мышечной и психической релаксации. И здесь происходит неблагоприятная суммация расслабления, вызванного как препаратом, так и свойственным самому аутизму низким общим и психическим тонусом.

Побочные действия, вызываемые при органической недо­статочности ЦНС психостимуляторами, нередко проявляются в эпилептиформных припадках.

Как указывалось выше, нозологического лечения самого син­дрома РДА практически не существует. Тем не менее специфи­ческое воздействие на органическое заболевание ЦНС, хромо­сомную патологию, врожденные нарушения обмена, породившие РДА, имеют большее или меньшее значение для улучшения об­щего и психического состояния больного. В этих случаях лече­ние психотропными препаратами комбинируется по конкретным показаниям с дегидратационной, антисудорожной общенейро-тропной терапией, применением больших доз витаминов, спе­циальной диетой при некоторых энзимопатиях3.

Фактор «почвы» касается и соматических особенностей аутич-ного ребенка. Ряд признаков позволяет предположить, что ран­нему детскому аутизму присущ свой соматический облик в пла­не как конституциональных физиологических особенностей, так и врожденной склонности к недостаточности ряда систем. Зна­чительная часть аутичных детей имеет астеническое телосложе­ние, бледность кожных покровов, пониженный тургор мышц и кожи, общую гипотрофичность. Многим свойственна склонность к аллергическим реакциям, в том числе лекарственным. Неред­ка общая задержка в физическом развитии. Слабость и извра­щенность аппетита, парадоксальные реакции на определенные медикаменты, «необъяснимые» желудочно-кишечные расстрой­ства достаточно часто позволяют заподозрить ферментативную недостаточность неясного характера и происхождения. Это требует не только повышенной осторожности в выборе психо­тропных средств, но и поисков в каждом отдельном случае адек­ватной соматотропной терапии ферментосодержащими, анти-гистаминными препаратами, а также поддерживающего обще­укрепляющего лечения. Однако нужно иметь в виду, что под дистимическими расстройствами настроения, трактуемыми как следствие соматической астении, нередко маскируется депрес­сия, развивающаяся в процессе лечения нейролепиками фено-тиазинового ряда.

Учитывая частую гипотрофию, общую задержку физическо­го развития, во избежание передозировки следует также помнить об ориентации дозы препарата не на календарный возраст, а на фактический вес тела ребенка.

3 *Энзимопатия*— патология ферментативной активности организма (при­меч. *ред.].*

Учет приведенных соматических особенностей аутичного ре­бенка нередко оправданно сужает круг применяемых медика­ментов. Неблагополучие соматоневрологической почвы увеличи­вает возможность побочных действий и осложнений психотроп­ных препаратов, суммирует их неблагоприятные действия. Поэтому одновременный набор психотропных средств не дол­жен быть большим.

Следует также помнить, что вследствие повышенной сенсо-аффективной чувствительности, в том числе проприоцептивной, аутичный ребенок нередко субъективно более чувствителен к не­приятным ощущениям, вносимым побочным действием нейролеп­тиков и антидепрессантов (сухость во рту, сомнолентность4 и др.}.

Адресация медикаментозной терапии к коррекции дизонто-генеза, направленность на максимальную реализацию потенци­альных интеллектуальных возможностей ребенка делает особенно актуальным выбор препаратов, в наименьшей мере обладающих тормозящим действием на познавательные процессы. Это отно­сится как к нейролептикам, так и (в меньшей мере) к транкви­лизаторам вследствие их релаксирующего действия.

Но нередко бывает, что препарат, дающий достаточно выра­женные побочные действия, в то же время оказывается наибо­лее эффективным.

В этих случаях особенно важна подборка минимальных эф­фективных доз препарата и увеличение дозы корректора.

Все сказанное выше делает особенно актуальными задачу инди­видуализации терапии при РДА, неприемлемость стандартных схем и методик лечения. В связи с этим нужно отметить, что применяе­мая нами система психолого-педагогической коррекции, опираю­щаяся на выделение четырех клинико-психологических вариантов (типов) РДА, позволяет больше «типологизировать» психолого-педа­гогический подход, чем медикаментозную терапию, которая долж­на учитывать именно индивидуальные параметры неврологическо­го и соматического статуса ребенка.

Лабильность не только психосоматического статуса аутично­го ребенка, но и необходимость частых коррективов в лечении предъявляет повышенные требования к динамике наблюдений аутичного ребенка, поэтому обязательны достаточно частые осмотры.

Есть специфика в технологии применения лекарственных препаратов у детей с РДА.

Негативизм к приему лекарств определяет предпочтение препаратов с пролонгированным действием, лекарств в виде

*Сомнолентность*— патологическая сонливость *[примеч. ред.).* Ь-М05 *А8\*

капель, сиропов, таблеток, размельченных в сахаре. Большую роль играет распределение препаратов в течение суток. При отсут­ствии противопоказаний прием нейролептических препаратов, снижающих концентрацию внимания, целесообразно максимально отдалить от времени психолого-педагогических занятий.

Большинство клиницистов придерживаются мнения о кур­совом лечении, необходимости перерывов, периодов «отдыха» от медикаментозных нагрузок. Однако подход к РДА не как к болезни, а как к дизонтогении и тут направляет терапевтичес­кую мысль в сторону необходимости сохранения даже мини­мально достигнутого продвижения в психическом развитии. Ухудшение работоспособности при снятии стимуляторов дает «откатку» интеллектуальной активности. Возобновление даже небольшой тревожности при перерыве в лечении транквили­заторами актуализирует и вновь закрепляет уже ушедшие было страхи. Возвращение агрессии при снятии нейролептических препаратов способствует новой фиксации привычных ранее форм неправильного поведения. Возникает феномен всплыва-ния прежних патологических явлений. Поэтому мы предпочи­таем частичный «отдых»: периодическое снижение дозы препаратов, чередование психотропных и общеукрепляющих средств.

И наконец, нам хотелось бы обратить внимание на не­целесообразность терапии в больничных условиях. Иногда по­мещение в психиатрический стационар, пугающую обстановку с большим количеством новых взрослых и детей, отрыв от близ­ких для аутичного ребенка, одержимого страхом перемен, чре­ваты возникновением психических расстройств, регрессом при­обретенных навыков. В то же время лечение самого синдрома РДА в настоящее время не включает ни инсулиновой, ни элект­росудорожной терапии, ни капельных внутривенных вливаний, требующих стационарных условий. Поэтому, по нашему мнению, госпитализация аутичного ребенка показана лишь в двух случа­ях: 1) возникновение острого психоза; 2) поиск подбора лекарств при неэффективности всех препаратов, использованных ранее. Во всех остальных случаях медикаментозная терапия должна осу­ществляться в домашних условиях, в привычной обстановке се­мьи, детского сада, школы.

**О РОЛИ РОДИТЕЛЕЙ В ТЕРАПИИ РЕБЕНКА**

Поддерживающее лечение РДА может осуществляться врачом только в тесном контакте с родителями ребенка: на них

по существу возлагается первичный контроль за динамикой те­рапии, от них требуется точное соблюдение всех ее условий. По­этому в подобной беседе, предшествующей началу лечения, врач посвящает родителей во все проблемы, связанные с их ролью.

В этом отношении достаточную сложность представляет ус­тановка родителей на лечение вообще. Как известно, РДА явля­ется наследственной патологией. Почти в половине наблюдае­мых нами семей один из родителей или другой близкий род­ственник, имеющий отношение к воспитанию ребенка, сами обладают либо рядом явных психических отклонений, либо ха­рактерологическими чертами, затрудняющими контакт. В работе с ними часто приходится преодолевать их паранойяльно отри­цательное отношение к лечению, убеждение во вредности лекарств.

Они охотно соглашаются на предложение психолого-педа­гогической коррекции, часто активно ее добиваются, хотя не­редко перекладывают всю коррекционную работу только на спе­циалиста, характеризуя себя «неспособными» к рекомендуемому воспитательному подходу. Долгое время они всячески уклоняются от начала медикаментозной терапии, мотивируя это тормозящим действием лекарств на интеллектуальное развитие ребенка (некоторые родители обманывают врача, говоря, что лечат ребенка).

Другие родители считают ребенка больным, но признаки ви- ч дят лишь в стереотипиях (чаще — двигательных), которые обна­руживают это заболевание перед посторонними, либо в фанта­зиях ребенка, которые расцениваются ими как причина ухода ребенка от внешнего мира. Такие родители настойчиво «конт­ролируют» лечение и нередко недовольны медленным, по их мне­нию, уменьшением именно беспокоящей их, но объективно не такой значимой симптоматики.

Третья группа родителей, опасаясь медикаментов, стремит­ся к нетрадиционным методам лечения, что часто приводит к усилению страхов у ребенка (часто после сеансов экстрасенса).

Реже наблюдается небрежность в проведении лечения — в семьях, где ребенок находится на попечении кого-либо из пси­хически неполноценных родителей, достаточно безразлично от­носящегося к ребенку. Поэтому на враче часто лежит и пробле­ма выбора здорового родственника, которому можно поручить контроль за лечением.

Большое значение имеет совместная работа врача с психо­логом и педагогом. Лечение назначается не только после врачебного осмотра, но и после «диагностического занятия»,

существенно уточняющего, а иногда впервые обнаруживающего возможности обучения и воспитания ребенка. В последующем изменения в состоянии ребенка во время психотерапии, психо­логических и педагогических занятий оцениваются специа­листами совместно, после чего в медикаментозное назначение могут вноситься коррективы.

Следует, однако, неукоснительно придерживаться правила, что ни психолог, ни педагог ни в коем случае не должны выс­казывать родителям собственное мнение об ухудшении психи­ческого состояния ребенка, а тем более самим давать какие-либо советы в отношении терапии. Это делает только врач.

Суммируя представленные данные и соображения об общих принципах медикаментозной коррекции РДА, мы еще раз хоте­ли бы подчеркнуть бесспорную необходимость поддерживающей лекарственной терапии. Мы имеем печальный опыт нескольких наблюдений, когда родители категорически отказывались от ле­чения. В этих случаях, несмотря на активную психолого-педаго­гическую коррекцию, не удалось преодолеть массивных аффек­тивных расстройств, и ребенок, даже обладающий высоким ин­теллектуальным потенциалом, оказывался практически грубо дезадаптированным.

Мы можем высказать еще одно соображение в пользу медикаментозной терапии. За 12 лет существования группы детей, непрерывно находившихся на терапии, лишь в двух слу­чаях возникла необходимость стационирования в связи с пси­хотическими приступами. Поэтому, возможно, не самонадеянно предположение, что очень длительная поддерживающая меди­каментозная терапия, естественно, совместно с активной психо­лого-педагогической коррекцией может быть профилактикой тя­желого обострения и даже психоза.

Но эти оптимистические данные, к сожалению, не абсолют­ны. Как показывает опыт, при тяжелых формах РДА медика­ментозная терапия (так же как психолого-педагогическая коррекция) оказывается неэффективной. Обычно это случаи син­дрома РДА внутри злокачественно текущей шизофрении, про-гредиентных органических поражений мозга (туберозныи скле­роз, синдром Ретта и др.).

Проблема терапии РДА далека от достаточно полной разра­ботки. Существует ряд вопросов, не затронутых совсем. Так, в общей психиатрии в последнее десятилетие широко обсужда­ются вопросы лекарственного патоморфоза — изменения клини­ческой картины в связи с длительным медикаментозным лече-

нием. В детской психиатрии эта проблема почти не разработа­на, в том числе и в отношении РДА. Не исключено, что мы объективно имеем мало изменений в психопатологической кар­тине РДА из-за привыкания либо, наоборот, сенсибилизации в связи с большой осторожностью терапии, назначением малых доз. Но этот вопрос нуждается в дальнейшем изучении.

**В. В. Лебединский**

**АУТИЗМ КАК МОДЕЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА1**

Построение многоуровневой картины нарушений при аномалиях психического развития предполагает дифференциа­цию всех патологических образований с точки зрения механиз­мов их возникновения.

Как известно, Л. С. Выготский (1983) подверг критике ли­нейную схему организации патологических синдромов, харак­терную для клин ико-о писательного метода, и предложил взамен *иерархическую,* предполагающую выделение первичного дефек­та, непосредственно связанного с нарушением морфофизиоло-гического субстрата, а также вторичных и третичных образова­ний, одни из которых являются непосредственным следствием первичного дефекта, другие формируются опосредованно, третьи представляют собой реакцию личности на дефект. Преимущество данного подхода состоит в том, что он дает воз­можность установить причинно-следственные связи между па­тологическими симптомами различной сложности и адресовать психотерапевтическое и коррекционное воздействия к соответ­ствующему уровню нарушения.

Продуктивность идей Л. С. Выготского была подтверждена всей практикой отечественной дефектологии (Основы..., 1965). Однако в детской психиатрии, где сходные положения были выс­казаны Г. Е. Сухаревой (1930), они не получили достаточной под­держки. Причины этого могут быть обсуждены на примере син­дрома раннего детского аутизма.

Синдром раннего детского аутизма впервые был описан Л. Каннером {Каппег, 1985). Основными показателями этого синд­рома являются выраженная недостаточность или полное отсут­ствие контакта со взрослыми и детьми, страхи новизны, любой перемены в окружающем, однообразные манипулятивные игры, нарушение коммуникативной стороны речи вплоть до мутизма.

Наиболее отчетливо синдром детского аутизма проявляется от 2 до 5 лет, хотя и в более раннем возрасте могут быть замечены его отдельные признаки: отсутствие или слабая выраженность «комплекса оживления», запаздывание в узнавании матери, не-сформированность глазного общения, холодность или, наоборот, симбиотическая связь, наличие двигательных стереотипии {рас-

Печатается по изданию: Вестник Московского университета. Серия 14. 1996. №2, стр. 18—23.

качивание в манеже, однообразные повороты головы), слабая выраженность гуления и лепета (Лебединская, Никольская, 1991).

В психофизиологических и клинических исследованиях воз­никновение детского аутизма связывают с нарушением психи­ческого тонуса (Мнухин, Исаев, 1969), уровня бодрствования (Rimbland, 1964), с низкими сенсорными порогами (Ornitz, Ritvo, 1968). Предполагается, что в условиях чрезмерной чувствитель­ности (гиперсензитивности) возникают недостаточная фильтра­ция стимулов и гиперкомпенсаторный механизм защиты, кото­рый и обусловливает дефицит информации и, как следствие, дез-адаптивный характер поведения.

Психоанализ рассматривает аутизм как результат наруше­ния детско-родительских отношений: эмоциональная депривация провоцирует депрессию, страхи и другие симптомы неблагопо­лучия (Bettelheim, 1967).

Психологические исследования аутизма в основном направ­лены на изучение когнитивных процессов. Центральное место в них занимает описание речевых нарушений (дисфазий, по Ве-беру) и связанных с ними трудностей в оперировании знаками и символами (Hermelin, О'Соппег, 1970; Rutter, 1978; Rutter, Schopler, 1988). В последнее время появилось большое количе­ство работ, посвященных трудностям формирования социальных навыков при аутизме. Отрицательный опыт, получаемый в со­циальных контактах, может явиться одним из факторов фор­мирования аутистических установок.

Чрезвычайно важным, но не получившим достаточной под­держки со стороны других авторов является исследование вы­дающегося этолога Г. Тинбергена (см.: Tinbergen, Tinbergen, 1983). Соглашаясь с тем, что аутизм имеет аффективную природу (на чем особенно настаивают авторы психоаналитических исследо­ваний), этологи, проделавшие сравнительный анализ поведения здоровых детей и аутистов, приходят к выводу о гипертрофии у последних защитных форм поведения.

Как видно из этого краткого обзора, в литературе по аутиз­му существует большое количество наблюдений и не стыкую­щихся между собой гипотез. В связи с этим становится понят­ным скептицизм некоторых авторов в отношении поиска обще­го основания для различных по своей природе симптомов детского аутизма (Каган, 1981).

Главная трудность в построении иерархической структуры аутистического синдрома заключается в установлении причинно-следственных связей между патологическими симптомами сенсорного уровня и более сложными патопсихологическими

образованиями. Речь идет о нахождении промежуточного звена, которое связало бы оба полюса нарушений.

С этой точки зрения представляют большой интерес дан­ные, полученные в последние десятилетия детскими психолога­ми и этологами при изучении раннего детства. Был описан це­лый ряд адаптивных форм поведения, запускаемых в младен­ческом возрасте комплексами сенсорных сигналов: обонятельных, тактильных, слуховых, зрительных (Bard et al., 1990; Horwich, 1989; Touch, 1990; Trad, 1990).

Литературные данные и наши наблюдения показывают, что у детей, страдающих аутизмом, обнаруживаются следующие' сим­птомы неблагополучия в **сенсорной** области.

***Тактильный гнозис.*** В младенческом возрасте отмечается отрицательная эмоциональная реакция на прикосновения, пеле­нание, купание, в более старшем — непереносимость одежды, обуви, чистки зубов. У другой группы — слабая реакция на при­косновения, мокрые пеленки, холод.

***Зрительный и слуховой гиозис.*** Непереносимость яркого све­та, громких звуков у одной группы аутичных детей и слабая реакция на них — у другой. В ряде случаев аутичные дети оши­бочно оценивались как слепые и глухие.

Клиницисты отмечают отсутствие фиксации взгляда на лице человека («взгляд мимо», «скользящий взгляд»). Можно предло­жить несколько объяснений этого феномена. Первое: само лицо и в особенности глаза являются источником наиболее сильных воздействий2; отмеченная выше гиперсензитивность аутичного ребенка делает для него травматичным глазное общение с дру­гим человеком. Второе: прямой взгляд в этологическом репертуа­ре является сигналом угрозы. Для детей-аутистов характерно пер­манентное состояние тревоги и страхов. В некоторых случаях не­переносимость прямого взгляда как опасного распространяется даже на игрушки (наблюдались случаи, когда аутичные дети вы­калывали или замазывали пластилином глаза куклам).

Также отмечается преобладание бокового зрения над прямым. Этот феномен прямо не связан с первичным нарушением зритель­ного гнозиса. Его происхождение — результат аутистических стра­хов. Этологически преимущество бокового зрения над прямым заключается в возможности, не поворачивая головы, видеть все, что делается сзади и с боков, т. е. с наиболее незащищенных сто­рон. Однако в результате приносится в жертву область, находя­щаяся впереди, снижаются отчетливость и всеобъемность воспри-

2 К. Левин сравнивал взгляд с прикосновением руки.

ятия. Таким образом, для детей, страдающих аутизмом, характер­на недостаточность зрительной ориентировки в окружающем.

Нарушения в сенсорной сфере оказывают тормозящее вли­яние на все стороны психического развития аутичного ребенка. В младенческом возрасте в результате этих нарушений возни­кают искажения в восприятии ключевых сигналов, запускаю­щих в норме адаптивные формы поведения. Прежде всего стра­дает поведение привязанности3, которое у аутистов формирует­ся в условиях высокого стресса {в норме — низкого) и поэтому не выполняет своей главной функции — не дает ребенку чув­ства безопасности. Одним из показателей недостаточности это­го чувства у аутичных детей является фиксация симбиотичес-кой связи с матерью: тревога и страх даже при кратковременной разлуке с ней. Реже наблюдается другой вариант — отсутствие поведения привязанности к близким.

В норме на базе поведения привязанности складываются различные психические новообразования, которые в дальнейшем становятся самостоятельными линиями развития. При аутизме их формирование нарушается. Так, из-За отсутствия фиксации взгляда на лице человека страдает наиболее ранняя форма коммуника­ции — глазное общение, недостаточно развивается ориентировка в эмоциональном состоянии другого, социальная улыбка. Невни­мание к составляющим частям лица задерживает узнавание ма­тери, дифференциацию «свой — чужой». У некоторых аутичных детей обследование лица другого человека напоминает действия слепых (трогают, ощупывают без зрительного контроля).

В связи со снижением ориентировки на речевые сигналы становится невозможным использование голоса матери в каче­стве подкрепляющего стимула. Невнимание к речи другого че­ловека, его мимике, взгляду оказывает в дальнейшем тормозя­щее влияние на развитие коммуникативной стороны речи. Ха­рактерной становится потеря чувства собеседника.

В условиях, когда ориентировка в окружающем снижена, аутичный ребенок становится сверхосторожным. Одним из при­знаков такого поведения является жесткое сохранение дистан­ции в контактах с людьми. По наблюдению Тинбергена, для

В норме поведение привязанности запускается комплексом сенсорных сигналов: тактильных (тепло, давление), вестибулярных (ритмическое покачивание), зрительных (глазное взаимодействие со взрослым), слу­ховых (голосовое подкрепление матерью реакций ребенка). Имеющие­ся данные показывают, что необходим целый комплекс сигналов; одно­го кормления недостаточно для формирования поведения привязанности (ВгагеШоп, Cramer, 1990; Hopkins, 1987; Horwich, 1989; Landau, 1989).

аутичного ребенка характерна амбивалентная поза «вполоборота», свидетельствующая о его готовности к бегству. Со страхами свя­зано стремление к постоянству окружающей среды: отрицатель­ная реакция на появление незнакомых взрослых и детей, на из­менение привычного расположения предметов.

Любой движущийся предмет воспринимается как опасный. Сохранение движения в качестве доминантного признака жи­вого (а следовательно, опасного) ведет к трудностям в диффе­ренциации «живое—неживое».

Существенно, что при аутизме интенсивность страхов не за­висит от этологических признаков опасности (как это наблюда­ется в норме) — страхи носят генерализованный характер.

В то же время у аутичных детей можно наблюдать сочета­ние сверхбоязливости с неким «бесстрашием». Это чаще всего связано с состоянием стресса, в котором находится ребенок в незнакомой обстановке. При суженной ориентировке в окружа­ющем его действия носят импульсивный характер. Этим же ме­ханизмом, по-видимому, можно объяснить случаи импульсивной агрессии. Если в норме страх является одним из регуляторов поведения (приближения/избегания, дружелюбия/агрессии), то у аутичных детей он играет дезорганизующую роль, в одних слу­чаях элиминируя4 активные формы поведения, в других — при­давая им импульсивный характер.

При аутистическом синдроме нарушения наблюдаются не только в сенсорной, но и в *моторной сфере.* Отмечаются де­фекты моторного тонуса и связанные с этим явления некоорди­нированное™, страдают темп и плавность движений. Просле­живается прямая связь между выраженностью нарушения мы­шечного тонуса и аффективным состоянием ребенка.

При коррекционном воздействии с помощью воды, огня го­рящих свечей (под присмотром взрослого), мыльных пузырей, ритма происходит аффективное «заражение» детей положитель­ными эмоциями, при которых улучшается моторная координация, повышается их активность. При этом наблюдается парадоксальное явление: дети с симптомами гиперсензитивности не только не игнорируют, а ищут раздражители высокой интенсивности при условии их аффективной насыщенности. Ребенок как бы «подклю­чается» к источнику энергии, тонизируя себя с его помощью.

Наблюдения показывают, что непреодолимым рубежом для аутичных детей часто является переход от непроизвольных дей­ствий к произвольным. Выполнение последних связано с нарас-

*Элиминировать* — уменьшать, в некоторых случаях даже уничтожать (лри-меч. ред.)-

танием аффективного напряжения, которое находит выход на моторных путях в виде хаотических движений. Если момент про­извольности снимается, то же движение может быть выполнено без затруднений. В силу указанной причины действия, требую­щие специального обучения, формируются с запозданием, а в тяжелых случаях вообще недоступны ребенку.

Речь аутичного ребенка по ряду признаков напоминает речь больного афазией: страдает просодический компонент — темп, ритм, особые голосовые модуляции указывают на нарушение то­нической основы речи. В наиболее тяжелых случаях мы сталки­ваемся с явлениями полного мутизма. Отсутствие речи считает­ся наиболее тяжелым в прогностическом отношении показате­лем. Однако природа этого явления недостаточно изучена. Можно думать, что речевые и двигательные нарушения имеют общую основу. Произвольный речевой акт нарушается в результате па­тологического напряжения, которое дезорганизует тоническую основу речедвигательного процесса. Ребенок оказывается спо­собным лишь к продуцированию элементарных звукосочетаний, отражающих его аффективное состояние 5.

В ряде случаев при улучшении аффективного состояния на­блюдается «прорыв» речевой активности в форме эхолалий. Сам факт возникновения эхолалий указывает на определенную со­хранность речедвигательных схем. В то же время их возникно­вение свидетельствует, что речевая активность контролируется механизмом аффективного «заражения». Появление эхолалий прогностически является положительным симптомом. При оп­ределенной психотерапевтической работе возможен переход от эхолалий к коммуникативной речи.

Рассмотрим **этапы становления аутистического синдрома.**

**1.** На базальном уровне возникает комплекс симптомов, выз­ванных патологией в сенсорной сфере. Момент непереносимо­сти, болезненности указывает на заинтересованность в патоло­гическом процессе протопатической чувствительности с ее ярко выраженным аффективным компонентом.

Передачу внутренних состояний с помощью отдельных звукосочетаний необходимо отличать от автономной речи, при которой ребенок с по­мощью образно-аффективных средств обозначает отдельные явления и отношение к ним. Так, здоровый ребенок, увидевший наезд машины на человека, передает это следующим образом: «Машина, дядя, ба-бах, ой-ой, бо-бо». Сравнить со звукокомплексом типа «дзы, дзыи и т.д., кото­рый с нарастающим напряжением часами воспроизводился аутичным ребенком.

Нарушение аффективной составляющей наблюдается также и в моторной сфере, прослеживается прямая связь между тя­жестью моторных нарушений (тонических) и аффективным со­стоянием аутичного ребенка.

В результате нарушения аффективного процесса возникает фиксация более ранних форм ориентировки (рот как анализатор, дающий наиболее аффективно насыщенную информацию, надол­го сохраняет свое ведущее значение в исследовании окружаю­щего). Таким образом задерживается закономерный процесс пе­рестроек, своевременно не происходят изменения в соотноше­нии контактных и дистантных анализаторов в пользу последних, своевременно не складываются новые координации внутри сен-сомоторной сферы. Неустойчивость развития порождает тенден­цию к регрессу, зацикливанию, двигательным стереотипиям.

2. В результате нарушений в сенсорной и моторной сферах нарушается нормальное функционирование этологических ме­ханизмов, обеспечивающих в норме первичную адаптацию к ок­ружающему. Одни из этих механизмов вообще не реализуются (находятся в латентном состоянии), другие включаются с запаз­дыванием, третьи функционируют в искаженном виде.

В связи с состоянием перманентной дезадаптации на пер­вый план выдвигаются защитные формы поведения (в основ­ном пассивные), стремление к минимизации контактов с окру­жающими, самоизоляции. На этой патологической основе воз­никают (в зависимости от тяжести синдрома) различные типы асинхроний, тупиковые линии в формировании сложных психо­логических образований (Лебединский, 1980, 1985).

В настоящей работе лишь обозначена схема становления аутистического синдрома. В реальной клинике наблюдается мно­жество вариантов аутистического развития, которые зависят от тяжести аффективных нарушений, степени сохранности этоло­гических механизмов в раннем возрасте, от баланса защитных и компенсаторных форм поведения.

Необходимо отметить, что изучение особенностей психичес­кого развития при аутизме имеет не только прикладное значе­ние. В этой аномалии наиболее полно представлено все разно­образие симптомов, встречаемых при аффективных нарушени­ях в детском возрасте. Данные, полученные при изучении аутизма, позволяют лучше понять вклад, который вносит аффективный процесс в нормально развивающуюся психику.

Эвристичность намеченной нами схемы видится также и в том, что она обращает внимание психотерапевтов на целый класс базисных форм поведения, требующих специальной коррекции.

**Е. С. Иванов**

**СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА1**

Психопатологический феномен под названием «аутизм» введен Е. Блейлером как «оторванность ассоциаций от данных опыта, игнорирование действительных отношений» (1920). Не­сколько позже В. П. Осипов аутизм рассматривал как «разобщен­ность больных с внешним миром» (1931). В.А.Гиляровский го­ворил об аутизме как «своеобразном нарушении сознания само­го Я и всей личности с нарушением нормальных установок к окружающему» (1938), при этом В. А. Гиляровский подчеркивал, что такие больные замкнуты и отчуждены от всего остального.

Изначально аутизм рассматривался в рамках шизофрении или шизофреническою мышления. Хотя сам Л. Блейлер считал, что состояния, похожие на аутизм, могут наблюдаться и при других состояниях не шизофренического круга. Н. И. Озерецкий уже на­ходит нечто общее между аутизмом и фантазиями (перемешива­ние в мышлении настоящего, прошедшего и будущего) и диффе­ренцирует эти два понятия по качеству отрыва от реального.

Состояния психики, по некоторым своим проявлениям сход­ные с аутизмом, можно наблюдать не только у больных шизо­френией, но и при ряде других психических заболеваний и по­граничных состояний: олигофрении, задержках психического развития, депрессиях, психопатиях, шизоидной акцентуации лич­ности, неврозах, соматопсихических и психосоматических рас­стройствах и многих других. В психологии понятиями «аутизм», «аутическое мышление» нередко пользуются и для характери­стики нормальной психики.

Аутизм как синдром, первоначально специфический для шизофрении, перестал быть таковым, он утратил свою клини­ческую очерченность и требует в каждом конкретном случае строгой клинической дифференциации.

Положение с диагностикой аутизма еще более осложнилось после 1943 г., когда L. Каппег из всего многообразия аутических проявлений у детей выделил особый по своим клиническим при­знакам синдром и дал ему название «синдром раннего детского аутизма» (РДА). С этого времени возникла проблема РДА. В об­ширной литературе, посвященной этой проблеме, велись и ве­дутся бесконечные споры по вопросам этиологии, патогенеза,

Печатается по изданию: Детский аутизм. Хрестоматия. СПб., 1997, стр. 46-—54.

4Q3

клиники, прогноза, лечения и права РДА на клиническую само­стоятельность в ряду бесконечного числа других аутических рас­стройств.

Таким образом, в настоящее время существует много труд­ных и спорных вопросов диагностики аутических состояний, и во многом решение этих вопросов зависит от позиции, которую занимает диагност по отношению к РДА.

Исходная позиция в понимании РДА отличается громадным разбросом мнений. Если попытаться сгруппировать мнение раз­личных исследователей проблемы РДА- то оно может быть пред­ставлено в следующих позициях.

Первая позиция отражает мнение L. Каппег: РДА — особая и самостоятельная форма аутизма, характеризующаяся специ­фической клинической картиной. Дети, страдающие этой фор­мой аутизма, требуют особых форм психотерапевтической рабо­ты и специального биологического лечения. Это своеобразное нарушение развития имеет и своеобразный прогноз. По всем этим критериям РДА отличается от шизофрении и других видов аутизма, которые являются только лишь одним из проявлений в клинической картине каких-то других заболеваний.

Полными или частичными сторонниками этих взглядов явля­ются ряд исследователей. Е. Schopler, придерживаясь взглядов Л. Каннера на самостоятельность РДА, считал, что у детей с РДА имеется наследственно обусловленное недоразвитие ощущений, которое играет роль неблагоприятной почвы, так как не оказыва­ет достаточного стимулирующего действия на ретикулярную фор­мацию и оказывается роковым при эмоционально холодной ма­тери или очень интеллектуальном отце. Еще раньше Н. A. Sperger, подробно анализируя клинику РДА, рассматривал это состояние как наследственную психопатию и категорически отвергал ка­кую-либо связь РДА (или психопатии) с шизофренией. Chen и др., подтверждая клиническую самостоятельность РДА, рассмат­ривали его как заболевание, обусловленное передаваемой по наследству недостаточностью обмена биогенных аминов. Концеп­ция наследственного происхождения РДА достаточно противоре­чива, подробно она обсуждается в монографии В. Эфроимсона. В монографиях К. С. Лебединской, О. С. Никольской, Е. Р. Баенской, М. М. Либлинг, Р. К. Ульяновой, Т. И. Морозовой (1989) и В. В. Ле­бединского, О. С. Никольской, Е. Р. Баенской, М. М. Либлинг (1990) РДА рассматривается как самостоятельная форма (в нозологичес­ком отношении) патологии психического развития детей.

Вторая позиция наиболее четко сформулирована С. С. Мну-хиным и его сотрудниками Д. Н. Исаевым и В. Е. Каганом. Рас-

сматривая резидуальные детские энцефалопатии, С. С. Мнухин выделяет один из «спорных» вопросов резидуальных наруше­ний детской психики, сходных с детской шизофренией,— «детс­кий аутизм», отграничивает его от шизофрении и считает нео­боснованным психогенное его происхождение. В. Е. Каган вслед за С. С. Мнухиным формулирует положение о том, что синдром детского аутизма резидуально-органического происхождения яв­ляется сборным и может проявляться в форме раннего инфан­тильного аутизма, аутической психопатии и др., т. е. это сбор­ная группа дизонтогенеза психики у детей. Аналогичного мне­ния придерживается и В. В. Ковалев. Он в своей работе о взаимоотношении между РДА и аутической психопатией утвер­ждает, что это абсолютно идентичные состояния, возникающие после энцефалита у детей. Клиническое своеобразие РДА автор объясняет наследственным предрасположением и особой реакр цией на болезнь ребенка.

Третья позиция — ее сторонники сомневаются или отрица­ют значение органического поражения головного мозга в происхождении РДА. Примером,могут служить исследования G. Gaffney и др., они не обнаружили специфических изменений в головном мозге у детей с РДА при нейроморфологических ис­следованиях (тормография и метод магнитною резонанса). На­рушения глубоких структур мозга (гиппокампа, мозжечка, умень­шение правого вентикулярного ядра, расширение передних и боковых отделов желудочковой системы мозга), как показали кон­трольные исследования авторов, могут быть не только у детей с РДА, но и у детей с другими психическими заболеваниями. Т. Ward, В. Hoddint в работе, посвященной изучению детской ши­зофрении и РДА, на основании клинического, психометрическо­го и электроэнцефалографического изучения больных категори­чески исключает возмбжность органической и соматической при­роды этих заболеваний. Одновременно авторы предостерегают от возможных диагностических ошибок и смешений РДА с дет­ской шизофренией и олигофренией.

Четвертая позиция — рассмотрение РДА в рамках детской шизофрении. Подобный подход к пониманию РДА наиболее рас­пространен, хотя, по нашему мнению, он не способствует рас­крытию содержания ни РДА, ни шизофрении. Большинство ав­торов избегают категорических утверждений такой позиции. Так, G. L. Oavies заявляет, что РДА чаще встречается при детской ши­зофрении, но одновременно автор говорит и о том, что диффе­ренциальная диагностика чрезвычайно сложна, так как могут быть и другие психопатологические синдромы. Более категорична

**J9S**

Starkova с соавторами, утверждающими, что РДА по своим кли­ническим проявлениям не что иное, как шизофрения, что при этом заболевании у детей поражаются не только эмоции, но и все стороны психической деятельности. Авторы считают, что ле­чение таких больных (в том числе и психотерапия) «может же­лать только лучшего», а вмешательство врача-психиатра огра­ничивается диагностикой.

Пятая позиция может быть сведена к положению о том, что РДА является только лишь одним из синдромов детского аутиз­ма (ДА) в ряду множества других синдромов аутизма, поэтому ДА по своему происхождению полиэтиологичен, синдромов ДА существует множество. Эти синдромы рассматриваются с пози­ций нозологическою мышления Э. Крепелина и с позиций экзо­генных типов реакции К. Бонгоффера. Анализируется повреж­дающая и провоцирующая роль инфекций (микробных, вирусных, простейших микроорганизмов). Обсуждается роль «минимальной мозговой дисфункции» как необходимого звена в ряду множе­ства причин ДА и как необходимого условия в сочетании с ши­зофренической или психопатической наследственностью, при этом не исключаются и этиопатогенетические аспекты, которые были названы в предыдущих четырех позициях. Рассматривает­ся и такой фактор в происхождении ДА, как задержка в форми­ровании у ребенка латерализации рук. Так, L. Tsai считает, что если у ребенка к пяти годам не произошло формирование пра­во- или леворукости, то это может быть признаком начинающе­гося ДА. Рассматривается ДА и в ряду многочисленных пове­денческих реакций. F. Menolascino (19), наблюдая аутические проявления у детей, страдающих 8 различными заболеваниями: детской шизофренией, инфантилизмом, различными энцефало-патиями и др., пришел к выводу, что ДА может быть не только при отдельных нозологических формах, но может быть и в гра­ницах симптоматических поведенческих реакций.

Таким образом, почти через пятьдесят лет после выделения РДА все определяющие вопросы учения об этом виде патоло­гии: определение, этиология, патогенез, паторфология — остаются противоречивыми, неопределенными и не способствуют, а зат­рудняют диагностический процесс.

Не избежали этих сложностей и все аспекты клиники РДА. Спорным остается вопрос начала и течения РДА. По одним дан­ным, РДА начинается или, вернее, закладывается в пренаталь-ном периоде; по другим данным, начинается где-то сразу после рождения или в конце первого и на втором году жизни, может

быть, и позже. По-разному трактуется психопатологическая структура симптомов РДА. Нет единства в нозологической трак­товке РДА (здесь невероятный разброс мнений), отчасти об этом уже говорилось. Спорной является проблема вторичных и пер­вичных нарушений при РДА, а также проблема процессуально-сти и непроцессуальности. Разумеется, все это не облегчает по­становку диагноза РДА.

Наблюдения 9 детей с РДА в период с 1980 по 1991 г. дают нам основание полагать, что наиболее реальной является пози­ция тех авторов, которые считают, что в основе РДА лежит диз-онтогенез. Но это дизонтогенез, как нам кажется, не укладыва­ющийся в известные уже формы. Недаром В. Е. Каган пишет, что это ретардация и асинхрония одновременно.

Видимо, можно предполагать, что из всех известных форм дизонтогенеза РДА представляет особую форму, при которой пси­хика ребенка с РДА является одновременно причудливым сосу­ществованием островков психического функционирования раз­личных уровней, не сбалансированных и не находящихся по от­ношению друг к другу в иерархической зависимости. Каждый из таких островков функционирует автономно.

Примером может служить краткая выписка из истории бо­лезни Сережи И. 6 лет и 4 месяцев. Родители с высшим образо­ванием, мать — филолог, добрая, ранимая, тревожная, очень за­ботится о сыне. Отец — антрополог, интравертированный, тревож­ный, хорошо и заботливо относится к жене и сыну. Матери и отцу было по тридцать лет к рождению ребенка. Все заботы по уходу и воспитанию ребенка делят супруги друг с другом, им помогает бабушка (мать жены), добрая, общительная, властная. Брат матери был странным, не терпел общества, был «очень ум-чым», но школу не закончил, работал помощником егеря в лесу.

Беременность у матери протекала с тяжелым токсикозом, в 1-й половине беременности она дважды лежала в больнице. Роды в срок, после рождения был вялым, почти не брал грудь, был на грудном и искусственном вскармливании. По мнению бабушки, ребенок был необычайно спокойным, не плакал, не капризничал, не тянулся на руки, с безразличием относился ко всем, кто брал его на руки. На восьмом месяце бабушка обратила внимание на то, что ребенок по ночам мало спит, лежит с открытыми глазами. Днем в игрушки не играл, но ночью иногда раскачивал висящие над ним игрушки. Некоторое время у родителей были опасения по поводу сохранности зрения и слуха ребенка: у него не было гуления, лепета. По словам бабушки, никого не замечал.

Избирательного отношения к пище не было, ел все, лучше ел, если кормила бабушка. Если ребенок ночью не спал, то бабушка пела тихим голосом колыбельную или рассказывала сказки, лежал спо­койно, потом засыпал. Если это делали родители — ворочался, натягивал на себя одеяло. К концу 10-го месяца неожиданно стал произносить слова, а потом и фразы попугайного характера, не­адекватные ситуации. По словам бабушки, ребенок никогда не улыбался, не плакал, только иногда вдруг закричит, покраснеет, «а лицо прежнее». Если пытались поставить в кроватке — кричал, вырывался, старался лечь. В конце 10-го месяца сам стал вста­вать в кроватке. На втором году жизни по ночам стал напевать колыбельные песни и рассказывать сказки, хотя речевого обще­ния ни с кем не было. В 2 года стал раскачиваться. Быстро осво­ил навыки самообслуживания. С 3-го года жизни речь стала при­обретать способ общения. Не употребляет никаких местоимений. С детьми не играет, при чужих людях прячется. Игровая деятель­ность стереотипная, но стали проявляться странные сюжеты, не любит юлу, стал использовать ее для наказания игрушечных жи­вотных, кубиков, колец от пирамидки и др. Стал смотреть, как отец рисует домик, мог долго стоять, пока будет нарисован один до­мик, второй, третий и т. д., но стоит только отцу нарисовать окно в домике, ребенок убегает. Очень быстро сам научился рисовать домики без дверей, окон. Заметно стал предпочитать общение с отцом, рисует, слушает рассказы отца (даже служебного содер­жания) и потом их повторяет. Появился дифференцированный подход в отношениях с бабушкой и матерью. Спонтанно вдруг начинает читать стихи в ритме гекзаметра и раскачивается, сам сочиняет стихи, хорошо запоминает стихи, музыку. Часто рассмат­ривает иллюстрации. Знает буквы, но в связи с уклоняющимся поведением не удалось выяснить, умеет ли читать, иногда спон­танно прочитывает надписи по рисункам. На фоне отсутствую­щего общения иногда отзывается на ласковые слова, но только не мамы. Бывает так, что во время рисования с отцом позволяет себя обнять и прижимается к отцу.

Пр\* двукратных попытках осмотреть ребенка не удалось. Прячется за отца. Речевого общения нет. Правильного сложе­ния. Одет красиво, и, видимо, это ему нравится — старается не запачкать одежду. Мимика однообразна и, видимо, не отражает психических- переживаний. С явным облегчением попрощался и даже подал руку, но ответного рукопожатия не было. По дан­ным поликлинической карты, физическое развитие нормально, очаговых неврологических нарушений нет. Запись логопеда «на приеме речевой контакт отсутствует (3 года)».

Ушные раковины отстоят от черепа, правая ниже левой, брови почти сросшиеся, неправильный прикус. Сейчас с ребен­ком занимается бабушка, в прошлом учительница начальных классов. По ее мнению, он делает большие успехи в учебе, но увидеть их может только сама бабушка. С середины 5-го года жизни бабушка стала играть роль как бы опоры для ребенка в

сфере быта.

Сейчас ребенку 14 лет, учится играть на органе, но, как это видно, у ребенка сложная наследственность и вредности в пре-натальном периоде. С рождения резко сниженный физический и психический (главным образом эмоциональный) тонус. Это ре­бенок, стоящий вне общения. У него своеобразное физическое и психическое развитие. Оно не только раннее, но и асинхрон­ное во времени появления отдельных физических и психичес­ких функций, а сами функции отличаются своеобразием, неско-ординированностью и искаженностью проявлений. При, каза­лось бы, полном отсутствии эмоциональной жизни, полной эмоциональной отгороженности (аффективной блокаде, по Кан-неРУ) У него бывают всплески тёплых эмоций. У него своеоб­разная речь, такая речь не описана ни в одном руководстве по логопедии — нет местоимений, попутайность, речевые штампы, императивность в произнесении отдельных слов, раннее и нео­бычное формирование речи, отставленные во времени эхолали-ческие речевые реакции, вначале механическое, бессмысленное рифмование, позже сочинительство стихов, положительное стремление к ритмической музыке. У ребенка высокий эстети­ческий и интеллектуальный уровень. Поступательное развитие и приобретение новых знаний, навыков и вместе с тем полная беспомощность в сфере быта и общения, которая компенсиру­йся присутствием взрослого человека — бабушки. Ребенок про­изводит впечатление робота, в который забыли вставить блок координации психических функций.

При диагностике синдромов ДА необходимо отграничивать его от других синдромов ДА, которые входят в структуру от­дельных нозологических форм, ДА является при этом лишь од­ним, частным проявлением в клинической картине болезни. Осо­бенно трудным в дифференциальной диагностике РДА являют­ся такие виды психической патологии, как детская шизофрения, олигофрения, задержка психического развития.

По нашим данным, в клинике синдрома РДА могут быть вы­делены ядерные симптомы, которые почти всегда обнаружива­ются, но они должны быть рассматриваемы в ключе возрастной

499

эволюции. К таким симптомам относятся: 1. Первые признаки сразу после рождения. 2. Отсутствие потребности в общении и отсутствие целенаправленного поведения. 3. Стремление к со­хранению стабильности окружающей среды. 4. Своеобразные страхи (отсутствие страха темноты, которое можно понимать как извращение безусловного оборонительного рефлекса). 5. Свое­образие моторики. 6. Симптомы нарушения этапности и ие­рархии психического и физического развития. 7. Своеобразие речи и ее формирования. Частое отсутствие лепета, гуления, трудности выделения смысловой стороны речи (языковое коди­рование), трудности экспрессивной речи, жестовой речи, в ми­мике и пантомимике. 8. Своеобразное сочетание низших и выс­ших эмоций. 9. Интеллектуальная неравномерность. 10. Стерео­типия в поведении, моторике, речи, игре. 11. Нарушение формулы сна. 12. Недостаточность или отсутствие реакции на дистант­ные раздражители. 13. Нарушение дифференцировки одушев­ленных и неодушевленных предметов. 14. Способность к отно­сительной компенсации в сфере быта при наличии посторонне­го помощника. 15. Возможность регресса психических функций при отсутствии правильного психотерапевтического подхода или позднего начала лечения.

Проблема РДА настолько сложна, что требует дальнейших исследований.

**А. Гезелл**

**АУТИСТИЧЕСКОЕ, ПСИХОТИЧЕСКОЕ И ДРУГИЕ ФОРМЫ НАРУШЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ1**

С самого раннего возраста нормальный ребенок со­циально взаимодействует с другими людьми. Уже в 12 недель он оживляется и улыбается в ответ на движение и голос чело­века. Ничто не может так тронуть сердце мизантропа, как 16-недельный младенец, вокруг глаз которого появляются морщин­ки, а губы спонтанно растягиваются в улыбке, когда он начина­ет социальную игру. Улыбка 20-недельного ребенка своему отражению в зеркале всегда вызывает смех у наблюдающих его студентов. Ребенок в таком нежном возрасте настолько погло­щен общением с людьми, что оказывается трудным обратить его внимание на тестовые задания в процессе оценки его развития. Эта фаза продолжается достаточно длительное время; по мере созревания социальная перцепция ребенка становится более из­бирательной и комплексной.

Когда процессы подачи и получения *социальных сигналов во взаимодействии* не развиты или потеряны, то складывается впе­чатление, что поведение ребенка управляется какими-то его внут­ренними побуждениями. Оно возникает безотносительно к ок­ружающим стимулам и сопровождается повторяющимися вычур­ными движениями; это могут быть агрессивные деструктивные или самодеструктивные действия.

Нигде не существует такой путаницы, как в группе детей с диагнозами детские психозы, которые также обозначают как аутизм, детская шизофрения, атипичное развитие личности, а также относятся к разнородной группе расстройств, обусловлен­ных другими причинами, часто рассматриваемых как психо­генные психические расстройства и предполагающих соответ­ствующее лечение.

**ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС**

Несмотря на существование более ранних упомина­ний о детской шизофрении, наибольший интерес к инфантиль­ным психозам появился после статьи Бендера (Bender) о детс­кой шизофрении в 1942 г. и описания синдрома раннего детс­кого аутизма Каннером (Каппег) в 1943 г. Каннер использовал

Печатается по: Gesell and Amartruda's Developmental Diagnosis. Editors: Khobloch H., Pasamanick В Hagerstown, 1975, перевод Д. Косолаповой.

501

данный термин для обозначения, по его мнению, совершенно новой клинической нозологии, имеющей три основные характе­ристики. Основной патогномонической особенностью считалось экстремальное одиночество и неспособность ребенка общаться с другими людьми с самого начала жизни. Второй характерис­тикой являлось тревожное навязчивое желание сохранения по­стоянного, привычного окружения, которое приводит к ограни­чению репертуара собственной спонтанной активности ребен­ка. Третьей гранью данного синдрома являлась неспособность ребенка использовать речь для коммуникации.

В силу того, что у детей присутствовали необычайные спо­собности к запоминанию и изолированные достижения выше возрастной нормы, то интеллект этих детей рассматривался как нормальный и даже выше нормы. Последующие исследования подтвердили это предположение. Каннер также сообщал о нео­бычно высоком проценте у данных детей интеллектуальных, холодных, уделяющих большое внимание профессиональной деятельности родителей, но вместе с тем он поднимал вопрос о том, не являлись ли сами дети причиной такого удаления родителей.

В 1961 г. Криком (Creak) было предложено девять симпто­мов, считающихся критериями для диагностики шизофреничес­ких синдромов у детей. По существу, они включали те же осо­бенности поведения, что и у Каннера. Несколько больший ак­цент ставился на предпосылке к серьезной задержке развития и теоретическим обоснованиям симптомов. Таким образом, ди­агнозы были спутаны при последующем распространении рас­плывчатых и своеобразно измененных определений данных тер­минов, что привело к трудностям дифференциальной диагнос­тики этих расстройств.

Генетические предпосылки инфантильных психозов порази­тельно отличаются от взрослой шизофрении. У родителей паци­ентов, обследованных Каннером, Эйзенбергом (Eisenberg) и Джон­сом Хопкинсом (Johns Hopkins), а также Раттером (Rutter) и Мод­ели (Maudsley) в Лондоне, психические заболевания встречались редко, а на момент обследования для них была характерна ско­рее невротическая, чем психотическая симптоматика. Сиблинги аутичных детей редко бывают ненормальными. Клиническая кар­тина шизофрении, сравнимая с заболеванием у взрослых, у де-тей, которые были практически здоровы, редко развивается рань­ше 8 лет; частота ее встречаемости увеличивается к юности. Мнения сходятся на том, что термин *«детская шизофрения»* мо­жет быть применим для детей, которые были ранее здоровы,

а *инфантильные психозы* или *аутизм* могут использоваться в тех случаях, когда описываемая картина наблюдается с рожде­ния или раннего детства.

Дети с органическими синдромами направляются в психиат­рические службы для дифференциальной диагностики нечасто, особенно в первые 2—3 года. Большинство детей со странным поведением попадают в психиатрические отделения уже в более старшем возрасте. Если имеется популяция маленьких пациен­тов, которые демонстрируют психотическое поведение, то у этих же детей можно ожидать проявления других, связанных с ним заболеваний и синдромов. С другой стороны, исключение всех пациентов с другими четко классифицированными расстройствами привело бы к разбиению группы психотических расстройств на разрозненные синдромы. Данная ситуация может объяснить про­должение споров по поводу критерия диагностики, органической или психогенной этиологии, лечения и прогноза.

**ПСЕВДОСИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ЗАДЕРЖКА**

При использовании детскими психиатрами и воспи­тателями диагноза «инфантильный психоз» чаще происходит ги­пердиагностика, чем гиподиагностика. Приписывание родителя­ми и профессионалами психогенной этиологии странному, вы­чурному поведению долго предшествовало появлению нового интереса к этой теме в психиатрической литературе.

Общеизвестно, что развитие поведения подлежит по край­ней мере временному давлению со стороны окружающей сре­ды. Очень естественно, что родители дефективных детей стре­мятся найти внешнюю причину, которая бы объясняла наблю­даемую задержку развития. Родители надеются, что данные причины являются препятствиями и могут быть устранены в процессе лечения или исчезнут сами, тем самым освободив по­тенциал развития. В связи с историей заболевания ребенка ро­дители приводят в доказательство какие-либо правдоподобные причинные факторы, такие, как длительная госпитализация, на-сильное кормление, различные долго не прекращающиеся фор­мы экземы, доминантная няня, заболевание или травма.

Пересказывая историю случая, родители добавляют оправ­дательные утверждения: «Некоторые вещи он делает очень хо­рошо»; «Он так много понимает»; «Как будто ему что-то меша­ет, что-то держит его, не давая двигаться вперед»; «У него отличные способности»; «У него намного больше спо­собностей, чем он хочет использовать»; «Однажды он очень ясно сказал целое предложение»; «Он выглядит грустным».

В некоторых случаях сохранные элементы поведения и вни­мания настолько сходны с нормальным поведением, что их ин­терпретация родителями как прогрессивных кажется правдопо­добной. Часто поведение ребенка очень причудливо, и, как это ни парадоксально, достаточно самой странности этого поведе­ния, чтобы привести к диагнозу, который может пропустить яв­ный умственный дефицит. Когда поведение принимает причуд­ливые формы, то появляется соблазн найти психогенный источ­ник и построить структуру заболевания на этих симптомах. Например, у ребенка может быть чрезмерная фиксация на од­ной игрушке или на одном и том же действии, таком, как пере­сыпание песка через трубочку, открывание и закрывание две­ри. Это специфическое поведение вводит в заблуждение и сме­щает фокус внимания при интерпретации данного случая. Поведению приписывается только символический смысл, при этом недоучитываются множественные симптомы, явно указы­вающие на базовый интеллектуальный дефицит.

Чрезвычайная стереотипность является частой характеристи­кой таких групп случаев. По своей природе стереотипии склон­ны к чрезмерному разрастанию. Это может быть широко рас­пространенное раскачивание, издавание звуков, невнятная непо­нятная речь, жевание, щелканье, сопение и другие действия. Мутизм, негативизм, уединение фигурируют в разных синдромах. Негативизм может проявляться как небрежность в произнесении звуков или рассеянность, *необращение внимания на другого че­ловека.* Часто это сочетается с гиперактивностью. Если ребенок апатичен, то его отсутствие внимания к человеку может быть ско­рее распознано как форма невнимания при умственном дефици­те. Но такое поведение часто сочетается с привлекательным ли­цом и далеким, задумчивым выражением на нем, что создает впе­чатление спящей или непонятной нормальности. Действительно, существует некая отвлеченность в поведении ребенка, что наво­дит на размышления о нереализованном потенциале.

Когда врач некритично поддается данному впечатлению, то он может описать это состояние как симптоматическую задер­жку развития. Родители одобряют веру в то, что через какое-то время ребенок придет к норме. Они посещают специальные кур­сы коррекции, прибегают к интенсивным и дорогим психотера­певтическим программам. Родители совершают героические под­виги, чтобы обучить ребенка и преодолеть те преграды, кото­рые, по их мнению, задерживают и отклоняют его развитие.

Это описание и иллюстрирующие его случаи полностью со­ответствуют случаям аутистических и психотических детей, опи-

санным впоследствии. Гезелл и Аматруда обозначили таких де­тей как имеющих *псевдосимптоматическую задержку развития,* так как причудливыи характер поведения благоприятствует пред­ставлению о психогенной этиологии, тем самым затемняя ис­тинную природу органического расстройства. Термин *«псевдо­психогенный»* был бы более точен. Наш последующий опыт, так же как и других, подтверждает эту точку зрения, что у боль­шинства этих детей есть интеллектуальный дефицит разной сте­пени тяжести.

**СТАДИИ АУТИЗМА И ИНФАНТИЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ**

В детских больницах можно увидеть целый спектр рас­стройств развития в тех случаях, когда дети специально посту­пают для оценки этих расстройств, или же тогда, когда эти рас­стройства сопутствуют острым или хроническим заболеваниям. Одной из основных характеристик аутизма и инфантильных пси­хозов является то, что они проявляются с рождения или в пер­вые несколько лет жизни ребенка. Поэтому наблюдение детей в ранний период развития может принести больше пользы, чем ретроспективный сбор информации и попытки реконструировать картины раннего развития.

До 2 лет дети обычно наблюдаются в педиатрических служ­бах развития. В более позднем дошкольном возрасте дети могут наблюдаться в различных учреждениях в зависимости от нали­чия у них каких-либо моторных, сенсорных или иных проблем. Таким образом, дети от 2 до 5 лет со странностями поведения редко направляются на консультацию, если их интеллект в гелом более или менее соответствует норме. В исключительно ред­ких случаях дети впервые попадают на консультацию после 5 лет.

Было произведено специальное исследование самых малень­ких детей, диагноз аутизма у которых был основан на клиничес­ких симптомах. Предварительный отчет о первых результатах был сделан в 1961 г. и будет изложен на следующих страницах.

**Диагностические критерии**

Первым диагностическим критерием служил *недоста­ток внимания к человеку как живому субъекту,* что Каннер на­зывает экстремальным одиночеством. Такой диагноз не ставил­ся, если ребенок, воспринимая взрослого как живого человека, из страха или неприязни намеренно избегал общения с ним.

505

Наличие или отсутствие глазного контакта является показате­лем, который часто фигурирует в литературе при описании де­тей с психозами, и нередко ошибочно используется как мера осознанности социального взаимодействия. Также аутисты, вза­имодействуя со взрослым, могут тянуться в первую очередь к очкам, волосам, усам и пр. Если эти действия не сопровожда­ются нормальным социальным взаимодействием, то такая фор­ма глазного контакта не является нормальной.

Второй диагностический критерий — стремление к сохране­нию постоянства во всем — проявляется в двух формах: как на­стойчивость в сохранении постоянства окружающей среды и как бесконечное повторение однообразного поведения. Рабская при­вязанность к рутине может появиться только в том случае, если ребенок достиг возраста, когда он достаточно мобилен, чтобы контролировать внешнюю ситуацию. Ребенок выражает свое стремление к постоянству плачем при изменениях. Обычно одни стереотипные паттерны мы можем наблюдать только у самых маленьких пациентов. Прерывание однообразных действий мо­жет приводить к гневным реакциям и в других возрастных груп­пах. Причудливые стереотипные действия могут также наблю­даться в связи с умственной недостаточностью, особенно если имеют место обширные нарушения. Преобладающее большин­ство таких дефективных детей обладают очень незрелыми меха­низмами социального взаимодействия, хотя и соответствующи­ми их уровню развития. Диагноз аутизма или психозов никогда не ставится на основании одной только незрелости механизмов социального взаимодействия.

Третьим диагностическим критерием, по Каннеру, является недостаточность использования речи для коммуникации. Исследо­вание речи у данной группы детей в силу их раннего возраста требует отдельных комментариев, и мы попытаемся это обсудить в дальнейшем. Большинство детей с диагнозом инфантильного психоза было невозможно протестировать. Однако дети с нормаль­ным или почти нормальным интеллектом не представляли слож­ности для оценки. Дети были способны к правильному использо­ванию тестовых материалов, но выполнение теста прерывалось частыми уходами от задания и переключением на причудливые манипуляции. Другие дети в силу существования сохранных ост­ровков нормального или почти нормального поведения при выпол­нении допускали всего лишь одну или две ошибки. Можно решить, что интеллект таких детей нормален, но не раскрывается полнос­тью, или же можно упорствовать и пытаться выявить поведение, соответствующее хронологическому возрасту ребенка. Хаотичные,

фрагментарные и трудные для интерпретации ответы могут быть оценены, если экспериментатор опустится до функционального уровня ребенка; иногда приходится спускаться к раннему детству, чтобы продемонстрировать актуальный уровень ребенка и его по­тенциал. Нужно отметить, что сходные островки сохранных спо­собностей могут быть продемонстрированы умственно отсталыми детьми, у которых не наблюдается аутистического поведения.

Различные диагностические проблемы могут возникать в пер­вые шесть месяцев жизни. Отсутствие социального отношения и интереса к людям поражает, когда сохраняется нормальный адаптивный интерес к тестовым материалам. При наличии ум­ственной недостаточности аутистическая природа поведения мо­жет быть непонятной в первые месяцы из-за общей невнима­тельности и аморфности в поведении ребенка. Процесс стано­вится очевиднее в более старшем возрасте.

**Первичная оценка пациентов**

Среди первых 1900 пациентов, наблюдавшихся в пе­диатрических службах, диагноз «аутизм» был поставлен 64, или 3,4%. Это достаточно большой процент, если учитывать, что око­ло 85% всех обследованных детей были младше 24 месяцев. С тех пор, как основной целью исследования стало обоснование взаимосвязи между поведенческими паттернами и перинаталь­ными осложнениями, приводящими к органическим расстрой­ствам, 14 пациентов, больных фенилкетонурией, были исключе­ны из дальнейшего сравнения. Связь психотического поведения и фенилкетонурии известна: оно присутствовало у 14 из 17 боль­ных с данным заболеванием из всей группы. Проводилось срав­нение оставшихся 50 из 64 пациентов со средним возрастом 18 месяцев, 50 детей с отклонениями в развитии в результате раз­личных дисфункций ЦНС без симптомов аутизма и 50 детей без нейропсихиатрических расстройств, которые оценивались для выяснения вопросов об обучении и усыновлении. Обе группы детей с нарушениями значительно отличались от группы нормальных детей, но при сравнении этих групп между собой не было выявлено явных различий во всех сферах — социокуль­турные факторы, предшествующие осложнения, моторный и интеллектуальный дефицит, сопутствующие расстройства. У аутичных пациентов, так же как и у группы детей без аутизма, отмечалась высокая частота осложнений при беременности, воз­никших в результате повторяющихся травм. Таблица 1 показы­вает, что у *1/5* детей с аутизмом был низкий вес при рождении,

507

более чем у половины матерей отмечался токсикоз и/или кро­вотечение во время беременности и постнатальные осложнения. Схожие показатели отмечались и в группе детей с нарушения­ми без аутизма; исключение составлял более высокий вес при рождении, но он все же был ниже, чем у нормальной группы. В нормальной группе снижение веса и перинатальные осложне­ния отмечались чаще, чем в общей популяции, и это связано с тем, что в нее входили дети, идущие на усыновление.

*Таблица 1* **Пренатальные и перинатальные осложнения**

**у пациентов с аутизмом, у детей с органическими нарушениями без аутизма**

**и у нормальных детей** (50 пациентов в каждой группе)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Дети с аутизмом | Сравниваемые группы | |
|  |  | Органические нарушения | Норма |
| Низкий вес при рождении | 21 | 24 | 14 |
| Токсикоз и/или кровотечение | 56 | 39 | 15 |
| Неонагальные осложнения | 57 | 60 | 27 |
| Отсутствие данных | 3 | 1 | 4 |

Таблица 2 показывает частоту других нарушений у детей с аутизмом и у детей с органическими нарушениями без аутизма. Ис­ключая недостаток социального взаимодействия, аутистические пациенты ничем значительно не отличались от группы детей с орга­ническими нарушениями ни по одному аспекту. Только 10 детей с аутизмом имели исходный коэффициент развития выше 75, и у половины детей исходный коэффициент развития был мень­ше 50. По существу такой умственный дефицит в раннем детстве свидетельствует об органическом заболевании мозга. Социокуль­турная задержка не может объяснять такой выраженности умствен­ного дефекта, который отмечается у этой группы детей, воспиты­вающихся в семье. У 74 детей с аутизмом отмечались различные

типы припадков до или во время первичного обследования, у 52 отмечалось косоглазие. У 18 отмечались паралич центрального происхождения и другие расстройства, такие, как синдром Денди— Уолкера с гидроцефалией, острый рассеянный склероз Шидера, болезнь Дауна (трисомия 21-й хромосомы), разрастание хореидных сплетений, врожденный токсический диффузный зоб, ветряночный энцефалит, менингит со вторичной гидроцефалией, краниостеноз, врожденная краснуха с потерей слуха, гипсаритмия, вероятные случаи врожденного сифилиса, семейные метаболические наруше­ния, синдром Корнелии-де-Ланге. Специфические расстройства, которые были найдены у сравниваемой группы детей с органичес­кими нарушениями, оказались схожими.

*Таблица 2*

**Органические расстройства у детей с аутизмом и у детей с нарушениями без аутизма**

(по 50 детей в каждой группе)\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Расстройства | | Процент детей с нарушениями | |
| Дети с аутизмом | Дети с органическими нарушениями |
| Коэффициент развития: | Ниже 50 | 46 | 38 |
| Ниже 60 | 64 | 52 |
|  | |  |  |
| Конвульсивные расстройства | | 74 | 64 |
| Косоглазие | | 52 | 36 |
| Церебральный паралич | | 18 | 38 |
| Другие специфические  расстройства | | 34 | 26 |
| Коэффициент расстройства выше 75 | | 20 | 34 |

У всех пациентов было отмечено хотя бы одно расстройство, связан­ное с поражением ЦНС

Уровень развития речи сопоставлялся с уровнем адаптив­ной зрелости детей, а также с их хронологическим возрастом. Таблица 3 показывает, что для большинства пациентов уровень речевого развития коррелирует с их адаптивным уровнем функ­ционирования и практически не зависит от возраста и коэффи­циента развития. Поскольку у 80% адаптивное поведение

509

соответствовало уровню ниже, чем 18 месяцев, а у половины ниже, чем 40 недель, использование языка для коммуникации не могло и ожидаться. Появление речи не может быть предска­зано точно, но в большинстве случаев можно ожидать, что ее развитие идет параллельно с развитием адаптивного поведения. Двое детей с центральным расстройством коммуникации, функ­ционирующие на уровне 2—3 лет, могли воспринимать речь, но понимали сказанное лишь в отдельных случаях. Ни у одного ре­бенка, функционирующего ниже 18 месяцев, речь не соответ­ствовала хронологическому возрасту.

*Таблица 3* **Изначальный уровень развития речи** у **детей** с **аутизмом**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Первоначальный коэффициент развития адаптивного поведения | Речь в сопоставлении с уровнем адаптивного поведения | | | |
| Всего | Соответствует | Ниже | Речь отсутствует |
| Коэффициент выше 75: ниже 18 месяцев  18 месяцев и старше | 8 | 6 | 2 | — |
| 2 | „ | 1 | 1 |
| Коэффициент 75 и ниже: функционирование на уровне ниже 18 месяцев  функционирование на уровне 18 месяцев и выше | 33 | 30 | 3 | — |
| 7 | 4 | 1 | 2 |
| Всего | 50 | 40 | 7 | i 3 |

Таблица 4 показывает, что развитие речи у детей с органичес­кими нарушениями без аутизма также соответствует развитию адаптивного поведения. Для тех детей, коэффициент развития ко­торых выше 75, тенденция приближения к нормальному речевому развитию должна существенно подтверждаться с увеличением количества испытуемых. Однако схожесть между двумя группами пациентов оказалась поразительно больше, чем различие.

*Таблица 4*

**Изначальный уровень развития речи у детей с нарушениями без аутизма**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Первоначальный** коэффициент развития адаптивного поведения | Речь в сопоставлении с уровнем адаптивного поведения | | | |
| Всего | Соответствует | Ниже | Речь отсутствует |
| Коэффициент выше 75: ниже 18 месяцев  18 месяцев и старше | 12 | И | 1 |  |
| 5 | 3 | 2 | — |
| Коэффициент 75 и ниже: функционирование на уровне ниже 18 месяцев  функционирование на уровне 18 месяцев и выше | 27 | 24 | 3 | — |
| 6 | 2 | 2 | 2 |
| Всего | 50 | 40 | 8 | 2 |

Судороги могут приводить к путанице, особенно у малень­ких детей, и должны учитываться при постановке диагноза. Пси­хомоторная судорожная активность (припадок), во время кото­рой пациент выпадает из контакта с окружением, может быть принята за аутистическое поведение. Обычно такие припадки носят пароксизмальный характер, изменения уровня сознания могут быть обнаружены в исследовании и/или отмечались ра­нее. В такой ситуации диагноз психоза некорректен. Аутизм не является прерывистым состоянием, для которого характерны рез­кие переходы от нормального социального функционирования к его нарушению. Однако в том случае, когда ребенок выпадает из контакта с окружающим миром вследствие продолжительного припадка, то провести границу с аутистическим поведением ока­зывается сложным.

Случай *1. л*

На графике 2 можно увидеть иллюстрацию такой необычной ситуа­ции у одного из наших самых маленьких пациентов. Этот ребенок был одним из дизиготных близнецов, беременность сопровождалась токсико­зом и кровотечениями в первой половине, вес при рождении 6,2 фунта.

511

В анамнезе отмечались частые эпизоды миоклонических подергиваний. Нас попросили осмотреть мальчика в возрасте *11 недель,* так как его аб­солютное пренебрежение по отношению к персоналу больницы вызвало вопросы о слепоте. Он очень заинтересовался предложенными материа­лами и выполнил их с опережением, соответственно уровню адаптивно­сти 14 недель. У него отмечалось некоторое увеличение тонуса мускулов, но другие нейромоторные нарушения выявлены не были. Крупная и тон­кая моторика также соответствовали 14-недельному уровню. Во время обследования повторялись частые эпизоды, когда ребенок поворачивал голову в одну и ту же сторону, становился неподвижен и слабо реагиро­вал на зрительные стимулы. В итоге у мальчика диагностировали наличие аутистических симптомов при нормальном интеллекте.

Он был выписан без противосудорожной терапии и вернулся об­ратно в больницу через несколько недель в состоянии полного отсут­ствия реагирования на окружение. Контраст в его поведении был на­столько разителен, что возник вопрос о наличии у мальчика психо­моторного эпилептического статуса, и мы рекомендовали лечение фенобарбиталом, что и было выполнено. К нашему огромному удивле­нию, к *2? неделям* мальчик стал социабельным, дружелюбным, живым и проворным, с небольшими проблемами, связанными с атетоидной тет-раплегией. Несмотря на его моторные проблемы, уровень адаптивного поведения соответствовал нормальному функционированию 23 недель.

Дальнейшее течение заболевания было далеко не благоприятно. Мальчик бесчисленное количество раз поступал в больницу с респира­торными инфекциями, сердечными приступами, большими эпилептичес­кими припадками и токсикозом Дилантина (Dilantin). Несмотря на это и некоторые моторные трудности, он продолжал бороться с неутоми­мой энергией, в *24* месяца он при участии взрослого выполнял тесто­вые задания в течение часа или более, идентифицируя картинки и доб­лестно пытаясь исполнить инструкции. Его припадки никогда полнос­тью не контролировались, и он был не в состоянии расти; по сравнению со своей сестрой он выглядел как кукла. Продолжал ухудшаться его ра­хит, связанный с заболеванием почек.

Когда мы его видели в последний раз, ему было *54 месяца,* и к это­му моменту у него уже было 22 госпитализации. Он был дружелюбен, но на более инфантильном уровне, при этом он потерял интерес и свою энергию. Крупная моторика была развита на уровне 20 недель, его ате­тоз все еще сохранялся. Единственное, что осталось от былого потен­циала, — некоторое понимание речи на уровне 12—15 месяцев.

Оглядываясь на прошлое мальчика, так и остается неясной приро­да недостаточности социального взаимодействия вопреки сохранному интересу к объектам в возрасте 11 недель. Его случай иллюстрирует, как неконтролируемые припадки могут оказывать разрушительный эф­фект на развитие.

*Случай 2.*

В другом случае мы совершили ошибку, проигнорировав анамнез, рассказанный родителями. Этот 14-месячный ребенок описывался ими как очень ласковый, живо реагирующий и веселый — *временами.* По рассказам, девочка произносила два слова, знала названия некоторых предметов, с удовольствием играла в игры-потешки (типа «ладушки»), выполняла несколько простых инструкций. Родители сказали, что она использует свои ноги больше, чем руки, и «не смотрит на предметы». Во время обследования ребенок абсолютно не замечал эксперимента­тора, уровень адаптивности был снижен почти втрое по сравнению с нормой и соответствовал 18 неделям. У девочки отмечался низкий то­нус, уровень моторного развития соответствовал только 28 неделям. Было ясно, что она не является нормальным ребенком 14 месяцев, но были ли у нее припадки, когда мы ее видели? Изменили ли бы мы даль­нейшее течение болезни, если бы были достаточно мудры в то время, чтобы обсудить такую возможность и назначить соответствующее ле­чение, особенно принимая во внимание уровень речевого развития, о котором рассказывали ее родители, соответствующий ее возрасту? Связь с этим ребенком для последующего наблюдения была потеряна, но мы знаем, что ее поведение осталось нарушенным, из той информа­ции, которую предоставила нам частная школа для «исключительных» детей, в которой училась девочка.

*Случай 3* (случай 31 на рисунке 2).

До 21 месяца ребенок развивался нормально. В этом возрасте дли­тельный большой эпилептический припадок вызвал сильную атаксию, потерю речи и отсутствие реакции на людей. При этом адаптивное по­ведение осталось сохранным. Данные симптомы сохранялись на протя­жении 2—3 месяцев, после чего речь и моторный контроль вернулись, нормализовалось взаимодействие с людьми, но девочка стала гиперак-тивна и дезорганизована. Впоследствии имели место еще три разверну­тых конвульсивных припадка. В 55 месяцев было отмечено ухудшение интеллекта до уровня 15 месяцев. При этом у нее не отмечалось ника­ких моторных нарушений, кроме некоторой задержки моторного раз­вития. У нее сформировались определенные социальные отношения, со­ответствующие ее очень незрелому уровню адаптивного поведения, с использованием единственного слова. Таким образом, психотическое расстройство может быть преходящим в том смысле, что может про­должаться в течение нескольких месяцев.

Эти три ребенка являлись исключениями. В случаях других психотических расстройств паттерны аутистических симптомов сохраняются постоянно. Наблюдаемые припадки обычно имели судорожную природу и в 14 случаях были сходны с большими эпилептическими припадками. В тех случаях, когда аутистичес-кое поведение отмечалось эпизодически, как правило, оно было

обусловлено судорожной активностью. Те дети, у которых диаг­ностировалось судорожное расстройство, не вошли в группу де­тей с аутизмом и инфантильными психозами.

Несмотря на то что э/4 пациентов обеих групп (с аутизмом и с органическими нарушениями) были частными пациентами, лишь V3 родителей обеих групп получила образование в коллед­же. Эта популяция не соответствовала обычному описанию ро­дителей аутистов как высокообразованных людей.

В конечном итоге при первоначальном обследовании было выявлено, что все 50 детей из группы с аутизмом страдали орга­ническими расстройствами ЦНС. Ни у кого не отмечались одни только психотические симптомы. У 5 детей без нарушения ней-ромоторной интеграции отмечалось отставание в развитии круп­ной моторики как результат умственного дефицита. У осталь­ных 45 независимо от умственного развития отмечались ней-ромоторные нарушения от некоторых отдельных знаков до развернутого паралича. Наименее выраженные нейромоторные нарушения отмечались в раннем детстве педиатрическими служ­бами до того, как произошла их компенсация; в более позднем возрасте эти нарушения не выявлялись при помощи стандарт­ного неврологического обследования. Моторные и умственные дефекты были связаны с судорожными припадками или некото­рыми другими специфическими болезненными процессами. По­мимо этого, аутистические симптомы квалифицировались оди­наково независимо от того, отмечался или нет у ребенка ум­ственный дефицит, и от того, имел ли место болезненный процесс с самого рождения или возник после поражения мозга, связан­ного с энцефалитом или припадками. Психотические пациенты отличаются от детей с органическими нарушениями только лишь наличием у них аутистического симптомокомплекса в добавле­ние к расстройствам ЦНС. Такой вывод не является неожидан­ным для популяции детей в возрасте 2—3 лет, наблюдаемых в педиатрической службе.

**Данные дальнейшего систематического наблюдения**

В силу того, что некоторые пациенты утрачивали аути­стические черты в периоды от нескольких месяцев (случаи 1 и 3) до полутора лет, было решено проводить систематическое от­слеживание дальнейшего развития 50 детей с аутизмом. Во всех ли случаях исчезновение аутистических черт является резуль­татом компенсации? Какой из факторов можно рассматривать

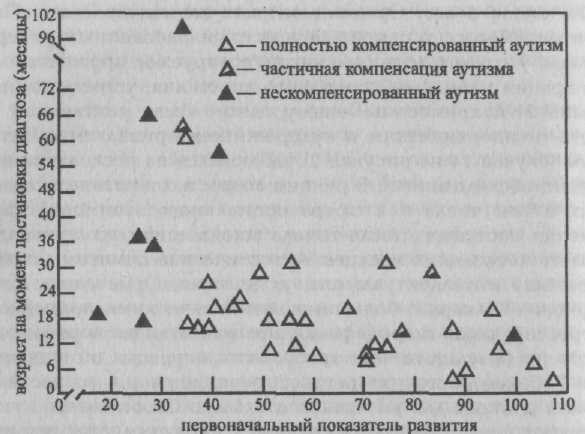
благоприятным для прогноза? Является ли умственный дефицит у таких детей вторичным по отношению к аутизму, как посту­лируется многими исследователями?

Данные дети отслеживались на протяжении 3—10 лет, в среднем около 5 лет. Средний возраст пациентов 7 лет. Пять пациентов умерло: у одного был острый рассеянный склероз Шильдера; у другого возникло неконтролируемое кровоизлияние при операции папиломы хороидного сплетения; у третьего была трисомия 21-й хромосомы, еще у одного была умственная от­сталость с гиперкинезами и судорожными припадками. Пятый ребенок (случай 14 на рисунке 2) наблюдался на нескольких пос­ледующих обследованиях. В раннем возрасте он развивался нор­мально, в том числе и в сфере социального взаимодействия. Ухудшение наступило после начала миоклонических припадков в возрасте нескольких месяцев. Аутистические симптомы появи­лись раньше интеллектуального ухудшения. Отмечались синд­ром Денди—Уолкера с большими эпилептическими припадками и прогрессирующая гидроцефалия, препятствующая нормальному развитию, в результате чего требовалась операция по шунтиро­ванию. Ребенок постоянно регрессировал и умер в возрасте 8,5 лет, учась в школе для умственно отсталых. Он оставался аутич-ным, глубоко дефективным и слепым; у него продолжались при­падки различного типа. Связь с пятью детьми была утрачена; одна семья откликнулась и констатировала, что их ребенок лишь отчасти нормален.

С 32 из оставшихся 39 либо проводились формальные об­следования специалистами, незнакомыми с первичными резуль­татами, либо предоставлялись отчеты из общеобразовательных или вспомогательных школ. У оставшихся 7 детей письменная информация была дополнена информацией, полученной по те­лефону из клиники по проблемам речи и слуха, от врачей, со­циальных работников, а также от родителей, с которыми прово­дился тщательный опрос о развитии ребенка. Ни один из детей не был включен в специальную лечебно-психокоррекционную программу, направленную на работу именно с психотическими симптомами.

График 1 показывает отношение между уровнем адаптивно­го поведения и возрастом во время первичного обследования и сохранением аутистических симптомов в дальнейшем. У паци­ентов, представленных на графике пустыми символами, аутизм исчез, и они стали адекватно социально взаимодействовать с людьми; те, которые обозначены на графике полузакрашенными

символами, скомпенсировались частично. Черные символы обо­значают тех пациентов, у которых аутистическое одиночество сохранилось. Этот график иллюстрирует два важных аспекта.



*График 1.* Связь устойчивости аутистического расстройства с коэффициентом развития (в период диагностирования аутизма)

Во-первых, у большей части детей младше одного года, ког­да их оценивали в первый раз, уровень адаптивного поведения был выше 75, наблюдалась тенденция: чем младше ребенок, тем выше у него коэффициент адаптивного поведения. Сначала та­кое разногласие в коэффициентах адаптивного поведения у де­тей младше и старше 1 года смутило исследователей, но позже оказалось, что такая же ситуация наблюдалась и у группы с нарушениями без аутизма. Такой результат может быть объяс­нен тем фактом, что часто те младенцы, у которых подозревали умственную отсталость, имели лишь нейромоторные нарушения при сохранном интеллектуальном потенциале.

Во-вторых, у 3/4 пациентов аутистическое поведение пропа­ло. За некоторыми исключениями, оно сохранялось у тех детей, которые при первоначальном обследовании были старше 3 лет или их коэффициент адаптивного поведения был ниже 35. Аути­стическое поведение исчезло во всех тех случаях, когда дети во время первоначального обследования были младше одного года-Мы не смогли точно зафиксировать ту дату, когда у них стали

устанавливаться нормальные социальные взаимодействия. Это был сложный и вариативный процесс. Одни дети начинали нор­мально взаимодействовать в 2 года, но их поведение в более раннем возрасте было нарушено; другие оставались аутичными в 2—3 года, но не в 6—9 лет. Пара близнецов, которые наблю­дались впервые в 5 лет и сохраняли аутистическое поведение к 9 годам, к 14 годам уже не были аутичны. Один ребенок, кото­рый наблюдался по поводу аутизма в 9 лет, был способен уста­навливать нормальные социальные контакты в 15 лет.

График 2 показывает отношение между первоначальным и последующим уровнем адаптивного поведения. Только у б из 40 пациентов уровень адаптивного поведения в последующие об­следования достиг 75 и выше, один из них при первоначальном обследовании в свои 22 месяца показывал уровень только 50% от нормы и страдал припадками. Поразителен тот факт, что при



*График 2.* Связь между изначальным и последующим коэффициентами развития у аутичных пациентов

последующем обследовании дети показали уровень развития ниже, чем при первоначальном, несмотря на то что многие из них потеряли аутистическое поведение и смогли устанав­ливать нормальные социальные контакты. У некоторых детей наблюдались известные тормозящие развитие (замедляющие) процессы, такие, как трисомия 21-й пары хромосом, болезнь Харлера, у других, отмеченных на графике черными симво­лами, прогрессировали большие эпилептические припадки. У нескольких детей значительное ухудшение не могло быть объяснено никакими специфическими заболеваниями. Не все дети были допущены в государственные школы для умствен­но отсталых. Однако умственный дефицит, обнаруженный у детей при первоначальном обследовании, не являлся арте­фактом психотического расстройства. В последующем иссле­довании 60% детей имели уровень адаптивного поведения, соответствующий 35 или ниже, из которых 74 продемонстри­ровала уровень адаптивного поведения ниже, чем при перво­начальном обследовании.

Таблица 5 показывает соотношение уровня развития речи в последующем исследовании и интеллектуальных функций у детей. Низкий IQ и низкие уровни функционирования мо­гут являться адекватным объяснением трудностей развития речи. Высокий процент детей с частичным умственным де­фицитом имели нарушения речи, выраженные сильнее, чем нарушения поведения. Это типичный результат для умствен­но отсталых детей. Некоторые из них, может, и никогда не начнут говорить, особенно если они помещены в специаль­ные учреждения для инвалидов. Шесть других детей, кото­рые функционировали на уровне 18 месяцев и выше, имели ослабление слуха. У одного из детей нейросенсорная туго­ухость была связана с врожденной краснухой, у пяти других были коммуникативные расстройства центрального генеза, или афазия. Сначала у них подозревалась полная глухота, но постепенно они начали постигать и использовать речь — ко­нечно, с некоторыми нарушениями. У них наблюдались эхо-лалии и нарушения произношения такие же, как у нормаль­ных детей в 21—30 месяцев. Один ребенок мог написать не­сколько слов печатными буквами в возрасте 15 лет, но т.ак и не начал говорить. Интеллектуальный уровень ребенку оп­ределял использование языка для общения. Только трое де­тей с лучшими показателями интеллекта среди детей с ос-

*Таблица 5* **Последующее исследование развития речи у детей с аутизмом**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Коэффициент адаптивного развития в последующем исследовании | Речь в сопоставлении с уровнем адаптивного поведения | | | | |
| Всего | Соответствует | Ниже | Повреждена\* | Речь отсутствует |
| Коэффициент выше 75 | 6 | 4 | — | 2 | — |
| коэффициент 36—75  функционирование на уровне ниже 18 месяцев | 0 |  |  |  |  |
| функционирование на уровне 18 месяцев и выше | 10 | 5 | 2 | 2 | 1 |
| коэффициент 35 и ниже  функционирование на уровне ниже 18 месяцев | 12 | 2 | 4 | — | 6 |
| функционирование на уровне 18 месяцев и выше | 12 | 2 | 4 | 2 | 4 |
| Всего | 40 | 13 | 10 | 6 | 11 |

1 ребенок с нейросенсорной потерей слуха, 5 центрального генеза с коммуникативными расстройствами

лаблением слуха полностью утратили аутистическое поведе­ние к последующему исследованию. Доля специфических ком­муникативных расстройств у психотических пациентов, каза­лось бы, должна быть относительно высока, но не явилась их универсальной характеристикой. Ясно тем не менее, что отсутствие речи в старшем возрасте коррелирует сильнее всего с уровнем умственной отсталости. Группа детей с орга­ническими нарушениями без аутизма в дальнейшем систе­матически не наблюдалась. Дальнейшее развитие 15 пациен­тов, о которых существовала информация, оказалось очень схоже с развитием, наблюдающимся у аутичных пациентов, и также зависело от первоначального статуса и наличия спе­цифических расстройств.

**ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА**

Наши результаты вполне согласовываются с данными Раттера (Rutter) и его коллег, которые провели обследование 63 детей с психозами в больнице Модели в Лондоне; у 57 детей отмечались аутистические паттерны. В связи с тем, что средний возраст впервые обследуемых детей был равен 6 годам, в их исследовании была представлена модель более тяжелых, более ригидных психотических симптомов, чем в популяции, рассмот­ренной нами.

Первоначально только менее половины детей имели IQ ниже 50, а каждый пятый обследуемый показывал IQ выше 80. У око­ло половины детей к 5 годам отсутствовала речь, и только 8 из них имели *IQ* выше 60. Психотические поведенческие проявле­ния не удалось дифференцировать на основе данных об IQ, при­сутствии или отсутствии речи, времени начала заболевания — от рождения или позже, наличии определенных предшествую­щих заболеванию экзогенных стрессов, таких, как госпитализа­ция, или существовании знаков, точно указывающих или наво­дящих на мысль об органическом поражении мозга.

В период последующих обследований оказалось, что перво­начальный IQ достаточно хорошо предсказывал более позднее значение Ю, с корреляцией 0.80. Динамика развития более спо­собных детей была положительной, а более тяжелых детей — отрицательной, особенно если они были помещены в специаль­ные учреждения для инвалидов. У половины детей IQ так и ос­тался ниже 50. Ни у кого из 9 детей, утративших аутистическое поведение, показатель IQ заметно не повышался, чаще отмеча­лась тенденция к его понижению. У 16 пациентов выявлялись определенные знаки дисфункции мозга, но соответствие стро­гим диагностическим критериям установлено не было; у 15 из 16 наблюдались развернутые эпилептические припадки, причем у 10 из них они появились после первоначального обследова­ния в период подросткового возраста. У другой четверти паци­ентов наблюдались знаки, указывающие на повреждение мозга, включая расстройства, связанные с врожденным сифилисом и токсоплазмозом, но без физических нарушений. Раттер лечил пациентов с умственной отсталостью и органическими наруше­ниями мозга отдельно, поэтому трудно сказать, насколько суще­ствует хоть частичное совпадение между 50% детей с первич­ным значением IQ ниже 60 и 50% пациентов, у которых были найдены доказательства органических нарушений ЦНС.

Первоначальное значение IQ оказалось удачным показате­лем для предсказания окончательного исхода. В целом 10 детей достигли нормального уровня речевого развития, и 7 из 32, ко­торые были мутичны, в 5 лет научились говорить. Тем не менее только двое пациентов с первичным IQ ниже 60 смогли гово­рить, и только один из них использовал свою речь для комму­никации. Трудности в овладении речью высоко коррелировали с низким IQ; отсутствие речи являлось плохим прогностичес­ким знаком, если умственная отсталость была налицо. У 5 детей была выявлена сенсорная афазия, а у 14 это же расстройство, но выраженное в меньшей степени; 1/3 этих детей в раннем дет­стве диагностировались как глухие. Полностью неясно, насколько Раттер рассматривает афазию как доказательство органическо­го поражения мозга. В общем если речь появлялась, то она раз­вивалась далее по нормальным законам. В итоге исход и при­способляемость ребенка зависели не от психотерапии, а от под­ходящей программы обучения.

Раттер соглашается с нашими результатами и приходит к выводу, что инфантильные психозы не являются частью шизо­френии, не похожи они и на гомогенные расстройства. Это не является особой формой умственной отсталости, так как может сочетаться и с нормальным интеллектом. Вместе с тем, несмот­ря на наличие широкой сферы дефектов восприятия и экспрес­сивной функции речи, он дифференцирует инфантильные пси­хозы от афазии развития, так как большинство детей-афазиков используют невербальную коммуникацию, а аутисты нет. Он зак­лючает, что инфантильные психозы можно рассматривать ско­рее как случаи гетерогенной природы, ведущие к генерализо­ванному нарушению функционирования мозга с умственной не­достаточностью, афазией, аутизмом и другими дефектами.

С другой стороны, Каннер и Эйзенберг полагают, что аутизм является особой нозологической формой, отличающейся от ши­зофрении очень ранним началом, а от умственной отсталости — наличием хорошего интеллектуального потенциала. Однако Эй­зенберг противоречит сам себе, когда в конце дискуссии о дет­ских психозах он признает, что Раттер «предлагает, и я полностью с этим согласен, что мои ранние наблюдения о присутствии или отсутствии коммуникативной речи к возрасту 5 лет как показа­телей дальнейшего прогноза могли достаточно свидетельствовать о высокой корреляции между отсутствием речи и низким ин­теллектом». В своем недавнем докладе о дальнейшем развитии 11 детей Каннер описал, что только 1 из 9 детей, о которых ему

удалось достать информацию, имел нормальный интеллект и смог приспособиться к взрослой жизни, другой пациент функциони­ровал на элементарном стереотипном уровне, а третий умер. Каннер считает, что одной из причин такого плохого исхода яв­ляется тот факт, что дети находились в больницах, но многие из данных пациентов не стационировались вплоть до окончания подросткового возраста. В анамнезе б детей явно выступали орга­нические расстройства, которые проявлялись в виде судорог, за­держки моторного развития, общей задержки развития, нару­шений неонатального периода и раннего развития.

В более развернутом катамнестическом исследовании 63 па­циентов Джонса Хопкинса, доложенном Эйзенбергом и Канне-ром, показатели IG представлены не были, так что количествен­ное сравнение оказалось невозможным. В юности трое пациен­тов смогли «хорошо» и 14 «достаточно хорошо» приспособиться к жизни, всего это 27%. Невозможно было определить из дан­ного сообщения, сколько пациентов из тех, которые «плохо» приспособились, были способны устанавливать социальные вза­имоотношения, совместимые с их интеллектуальным уровнем. Ис­ход заболевания оказался сильнее связан с тяжестью рас­стройства, чем с типом или количеством терапии.

Раттер также характеризует исход заболевания в исследо­ваниях в общих и широких терминах. Его результаты могли бы быть несколько лучше, если бы его критерии для категорий были сравнимы с предлагаемыми у Эйзенберга и Каннера: «хорошо» — 14%, «благоприятно» — 25%, «плохо» — 13%, «очень плохо» — 48%. Все, за исключением одного, получившие оценку «очень плохо», имели во время первоначального обследования IQ ниже 60, у всех, получивших оценку «хорошо», IQ был выше 60. Если обра­ботать таким же образом сырые факты применимо к 40 нашим пациентам на основе их представлений о приспособляемости в образовательной системе (или уровне адаптивности, если дети находятся дома), то это было бы: 12% — «хорошо», 10% — «благо­приятно», 30% — «плохо», 48% — «очень плохо».

**ОБЩИЕ И РАЗЛИЧНЫЕ МОМЕНТЫ И ПРИРОДА АУТИЗМА**

Ясно, что главное различие между нашей популяцией и представленной у Каннера и Эйзенберга и у Раттера состоя­ло в том, что мы рассматривали пациентов из общей педиатри­ческой службы, в которую дети направлялись для оценки раз­вития. Два же других исследования (у вышеназванных авто­ров) проводились на базе психиатрических больниц. Ни у кого

из группы Каннера и Эйзенберга не наблюдалось очевидных нейромоторных нарушений, и лишь несколько таких детей на­блюдались у Раттера; похоже, что дети с церебральным парали­чом наблюдались редко, если они вообще были включены в исследование. Не встречались упоминания о гидроцефалии, син­дроме Дауна, болезни Харлера или других расстройствах, най­денных нами. Не похоже, что дети с такими явными нарушени­ями направлялись в психиатрические отделения, даже если их поведение было причудливо, хотя сейчас существует тенденция к увеличению приема таких пациентов.

Следующее отличие — это более ранний возраст наших па­циентов; 3/4 были младше 2 лет во время первоначального об­следования. Думаю, что беспричинно было бы намекать, что ди­агноз изначально мог быть некорректен, так как один из карди­нальных критериев инфантильных психозов — это наличие их проявлений от рождения или очень раннего возраста. Мы хо­тим подчеркнуть, что диагноз аутизма основывался на фактах постоянного отказа от общения с людьми как живыми существа­ми. Такой тип поведения достаточно характерен и легко распоз­нается людьми, имеющими представления о социальном взаимо­действии в раннем детском возрасте. Высокая встречаемость дан­ного расстройства может быть связана с тем, что аутистические аспекты поведения исчезали с увеличением возраста. Как уже говорилось выше, нейромоторные нарушения отмечались педи­атрическими службами достаточно часто в раннем возрасте, до того как они были скомпенсированы. Третьим отличием являлись тяжесть и устойчивость аутистических симптомов. Только у 10 наших пациентов аутистическое поведение сохранилось к 6 го­дам, что было средним возрастом в двух других популяциях.

В других аспектах наше исследование было достаточно близко к раттеровскому. И там и там выявились сравнимые между со­бой группы с умственной отсталостью и большими эпилепти­ческими припадками. В обоих случаях встречались пациенты с коммуникативными расстройствами центрального генеза. Много других искажений в речевом развитии, общих в обеих группах, оказались скорее кажущимися, чем реальными, и были связаны с общим недоразвитием. Дети проходили нормальные стадии раз­вития речи, но они не соответствовали их хронологическому воз­расту. Клиническая оценка исхода заболевания показала сход­ное процентное соотношение в категориях «хорошо», «благопри­ятно», «плохо», «очень плохо». IQ оказался основным критерием, предсказывающим окончательную приспособляемость, что под­черкивается тем фактом, что 60% пациентов с «очень плохим»

исходом были не способны к выполнению тестов при первона­чальном обследовании, а у 70% не было коммуникативной речи к 5 годам. В последующем исследовании практически у всех на­ших пациентов, у которых отсутствие речи не было связано со специфическими нарушениями слуха, уровень адаптивного по­ведения был ниже 35. Те, чей возраст был близок к среднему возрасту в исследовании Раттера, были не способны выполнить тесты, если для их оценки был использован экзамен для про­верки уровня развития.

Несмотря на отсутствие результатов формальных тестов, мы предполагаем, что популяция в исследовании Джонса Хопкинса не сильно отличалась от нашей: у трех четвертей детей исход характеризовался как «очень плохой», а у половины из них к 5 годам отсутствовала речь. Поскольку умственный дефицит ча­сто тесно связан с такой задержкой речевого развития, то от­сутствие речи к 5 годам оказывается близким к прогностичес­кому критерию Брауна — неспособностью к символической игре. Оба автора заявляют, что прогноз менее благоприятен при на­личии умственной отсталости.

С тех пор как мы начали контактировать с нашими 50 па­циентами, мы также пронаблюдали 75—100 других детей с аути-стическим поведением. Их характеристики не сильно отлича­лись от представленных в нашем основном исследовании. Тре­бования научной точности продиктовали бы, что «аутизм» как инфантильный психоз не является специфическим расстройством. Это есть описание *комплекса поведенческих симптомов,* кото­рые в нашем исследовании были связаны с органическим по­ражением мозга. Этиология данного синдрома так же вариабель­на, как и при возникновении обычных органических дисфункций, не сопровождающихся особенными симптомами. В большинстве случаев, но не всегда данный синдром связан с разной степе­нью умственной отсталости и высокой встречаемостью наруше­ний речи, которые не связаны с умственной отсталостью. Так­же очень высока встречаемость типичных и атипичных судо­рожных расстройств, которые отличаются от психотического поведения своей пароксизмальной природой. Иногда аутисти-ческие симптомы имеют место не более нескольких месяцев, а в большинстве случаев аутистическое поведение со временем исчезает и ребенок начинает нормально социально взаимодей­ствовать с окружающим миром; однако умственный дефицит ос­тается на том же уровне или ухудшается. Прогноз во многом основывается на уровне интеллектуального развития ребенка.

Характеристики аутистического поведения не отдифферен­цированы от других связанных с ними факторов. На данный момент еще не существует фактов, что вовлечение каких-либо специфических зон мозга отвечало бы за появление данного симптомокомплекса у одних детей с мозговыми дисфункциями и его отсутствие у других с такими же нарушениями. Возмож­но, что в основе могут лежать нарушения метаболизма, что под­тверждается высокой частотой встречаемости причудливого по­ведения у детей с фенилкетонурией, а также теми фактами, когда поведение радикально изменялось под влиянием дието­терапии.

Мы предлагаем гипотезу, что аутизм представляет собой на­столько сильное и глубокое нарушение центральной нервной системы, что комплексы социальной стимуляции не могут быть интегрированы и проинтерпретированы ребенком, в результате чего социальное взаимодействие вступает в дальнейшее проти­воречие с функциями центральной нервной системы. Интегра­ция улучшается по мере созревания, как мы можем увидеть и при других расстройствах, описанных здесь. Некоторого вни­мания заслуживает гипотеза, предложенная некоторыми роди­телями, что ребенок не может справиться с множественными, сталкивающимися между собой социальными требованиями. Сна­чала дети начинают реагировать на образ в зеркале, который не навязывает им свои требования поведения. (У одной девочки из нашей группы подозревали слепоту, пока она не оказалась перед зеркалом; когда она топталась перед зеркалом и ее изоб­ражение это повторило, тогда стало ясно, что она действитель­но это видит.) Затем дети начинают отвечать другим маленьким детям, потом более старшим и в конце концов родителям и дру­гим взрослым. Термины «аутизм» и «инфантильные психозы» не должны неразборчиво применяться ко всем типам отклоняю­щегося и стереотипного поведения при отсутствии основной от­личительной черты данного синдрома — постоянной недостаточ­ности внимания к людям как к живым субъектам.

**ЛЕЧЕНИЕ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ**

Первое, что необходимо предпринять врачу,— это ди­агностика, причем учесть следует не только симптомы и уро­вень интеллектуального развития, но и сопутствующие расстрой­ства, для которых нужна соответствующая терапия. Лечение су­дорожных расстройств является наиболее важным. Несмотря на

то что противосудорожные препараты не оказывают воздействия на психотическое поведение, кроме тех случаев, когда судорож­ные приступы маскируются под психоз, данные лекарства мо­гут быть жизненно необходимы, так как помогают предотвра­тить дальнейшее ухудшение.

Весомые доказательства указывают на то, что исход заболе­вания не зависит от количества и качества психотерапии, и пси­хотерапия сама по себе не дает никаких гарантий. Это, конеч­но, не означает, что надо отказаться от общих методов и про­грамм бихевиоральной психокоррекции.

Природа трудностей ребенка должна быть подробно разъяс­нена родителям, с акцентом на том факте, что они не являются причиной его аномального поведения. Они не должны пытаться форсировать социальные контакты с ребенком, но при этом дол­жны быть внимательны к его спонтанным попыткам завязать отношения и соответствующе отвечать на них. Родители также нуждаются в длительной психологической поддержке.

Наиболее важным при планировании дальнейшей жизни ре­бенка является обеспечение его индивидуальной программой обу­чения, соответствующей его способностям. Занятия необходимо начинать в тот момент, когда ребенок созреет для начального этапа школьного обучения.

**СЛУЧАИ ДЛЯ ИЛЛЮСТРАЦИИ**

Мы закончим данную главу двумя небольшими случа­ями, которые были представлены в дискуссии Гезелла и Амарт-руды о «псевдосимптоматической задержке».

*Случай 4.*

Это был физически красивый, очаровательный ребенок. Она села сама в 7 месяцев. В 10 месяцев перенесла судорожный припадок после предполагаемого энцефалита. Оценка ее развития в *33* месяца показа­ла, что ее уровень соответствует 18 месяцам. Родители чувствовали, что в основе задержки и отсутствия речи лежит какое-то препятствие в эмо­циональной сфере, что подтверждалось и логопедом, который настаи­вал, что девочка «способная, но очень упрямая».

Очевидно, что отсутствие внимания к людям подтверждает,, что в данном случае ведущими являются эмоциональные нарушения. Неуем­ное рвение в обучении только увеличивает напряжение и усиливает бо­лезненные проявления в поведении ребенка. Они уменьшаются в том случае, когда большее внимание уделяется заботе о физическом и эмо­циональном состоянии ребенка вместо упорного его обучения. Вновь

произведенная оценка развития в 4 года показала очень незначитель­ные продвижения во всех пяти областях поведения.

Родителям было посоветовано следующее: «Если вы сможете посвя­тить себя тому, чтобы приспособить мир вокруг ребенка к ее потреб­ностям и готовы делать все для ее пользы, то ваш дистресс значитель­но уменьшится. Если и существует какой-то отдаленный шанс, что ее положение изменится, то вы увеличите этот шанс более, поступая с ней таким образом, чем если вы будете постоянно прилагать тщетные уси­лия, чтобы научить вашего ребенка тому, что выше ее способностей». Не более чем через 2 года был поставлен диагноз умственной отсталости.

Случай *5.*

Это был маленький, худенький, активный ребенок, которого мы эк­заменовали в возрасте *42* месяцев. Как и в случае 4, он также абсолют­но не обращал внимания на других людей, но моментами можно было мимолетно привлечь внимание ребенка, например, к картинке в книж­ке. Его мама наивно верила, что, «кроме отсутствия внимания к сло­вам, это абсолютно нормальный ребенок».

Родители сконцентрировали свою озабоченность на проблеме труд­ностей понимания речи и отсутствия собственной речи. Они выясняли, насколько это могло быть обусловлено глухотой, афазией, эндокрин­ным расстройством или простой задержкой развития. Их односторон­няя заинтересованность в речевых факторах привела к тому, что цело­стная картина поведения ребенка выпала для них из фокуса, и они недооценили серьезность других нарушений поведения, таких, как бес­цельный бег и вокализации, потряхивание руками перед глазами, соса­ние языка, щелканье, поглаживание живота, сопение и т.д. Этот маль­чик не ходил до 27 месяцев, что родители объясняли трудностями в пи­тании. У них была целая история рвот, несильного кормления и плохой прибавки веса. Родители предполагали, что насильное кормление могло вызвать эмоциональные трудности.

Предыдущая серия медицинских обследований привела к двум диф­ференциальным диагнозам глухоты или эндокринного расстройства. Мы отвергли оба этих расстройства и рассмотрели третью возможность, обозначенную как «глубокие эмоциональные трудности». Это также было не принято нами на основании того, что наблюдаемые эмоциональ­ные проявления в поведении ребенка согласовались только со всеобъ­емлющей задержкой, касающейся всех областей поведения. Едва ли эмо­циональные факторы могли объяснить тот факт, что ребенок начал хо­дить в 27 месяцев. Был установлен диагноз умственной отсталости.

Каков прогноз? Он научился ходить и через какое-то время будет немного говорить. Любой прогресс будет идти очень медленно, в зави­симости от возраста. Не будет никаких значительных изменений и в эмоциональной сфере. Школа, в обычном понимании этого слова,

497

будет для него,недоступна. Родители в конце концов приняли диагноз умственной отсталости, но только после множества тщетных усилий и надежд, многие из которых должны были быть сэкономлены.

Случаи *псевдосимптоматической задержки* доставляют чрез­мерное беспокойство тем, кто ими заинтересован. Истории на­ших случаев показывают, что родители этих детей прилагают все усилия, чтобы «найти место». Они переходят от одного спе­циалиста к другому, от одной программы к следующей. Между тем ребенок становится старше, и ретроспективно это доказы­вает, что это была существенная задержка, в основе которой лежит повреждение центральной нервной системы. Она имеет органическую природу и не обусловлена «эмоциональными труд­ностями» или «препятствиями со стороны внешнего мира», но базируется на настоящей умственной отсталости. Интеллектуаль­ное повреждение может иметь разную степень глубины.

**Тео Питере**

**УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ ПРИ АУТИЗМЕ ПРОБЛЕМА ПОНИМАНИЯ ЗНАЧЕНИЙ1**

**ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ПОНИМАНИЕ**

Мы с вами уже пришли к пониманию того, что аутизм — это нарушение развития, первазивное нарушение, а не форма пси­хического заболевания. В чем состоит особенность этого наруше­ния? Что делает аутичного ребенка таким непохожим на детей с другими нарушениями в развитии?

**Познание.**

**Как мозг обрабатывает сенсорную информацию**

Познание связано с пониманием. Как можно научиться понимать? Дети видят, слышат, чувствуют, пробуют на вкус. Что они дальше делают со всей этой сенсорной информацией? Они учатся восприятию, пониманию, абстрактному мышлению... познание вклю­чает в себя такие процессы, как внимание и запоминание.

Если мы говорим, что когнитивные процессы у аутичных людей отличаются от наших, мы, в сущности, хотим сказать, что их мозг обрабатывает информацию по-другому. Они слышат, чув­ствуют и видят, но их мозг выбирает совсем другой путь для обработки этой информации (именно поэтому DSM IV предлага­ет определение аутизма как «качественные нарушения» комму­никации и социального взаимодействия).

Большинство аутичных людей также имеют и умственную от­сталость, но их проблемы в коммуникации, социальном поведении и воображении нельзя объяснить одной задержкой развития. Что­бы помочь таким людям, необходимо понимать, что они не только отстают в развитии, но и отличаются во многих других отношениях.

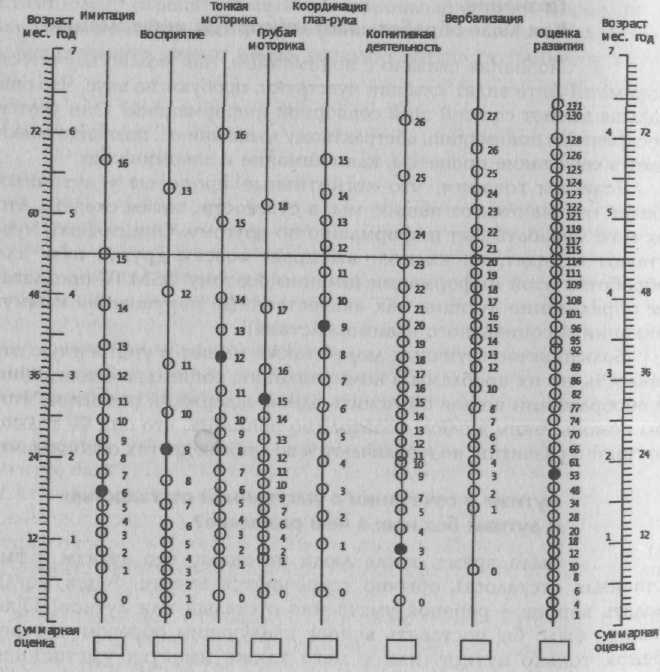
**Аутизм в сочетании с умственной отсталостью и аутизм без нее: в чем различие?**

Было время, когда люди не знали, что аутизм и ум­ственная отсталость обычно встречаются вместе. Люди могли задать вопрос — ребенок умственно отсталый или аутист? Пра­вильно было бы поставить вопрос следующим образом: это ре­бенок только аутист, или у него также имеется умственная

*Питере Т.* Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воз­действию СПб., 1999, стр. 22—34.

отсталость? Чем отличается аутизм в сочетании с умственной отсталостью от аутизма без нее? Различие показано на рис. 1.

На этой схеме продемонстрированы результаты теста *«псц-холого-педагогический профиль»* (PEP), который был выполнен мальчиком в возрасте 4 лет 6 месяцев. Тест PEP используется для исследования уровня развития навыков имитации, когнитив­ной деятельности, вербализации, тонкой и грубой моторики, вос­приятия, координации: «глаз-рука» у детей в возрасте от 1 года до 12 лет. Этот стандартный тест, что означает среди прочего, что известно, какие результаты показывают в этом тесте дети без отклонений в развитии. Таким образом, после выполнения



*Рис. 1,* Результаты теста PEP, выполненного мальчиком, страдаю­щим аутизмом, возраст которого — 4 года 6 месяцев

заданий этого теста аутичным ребенком мы можем сравнивать его развитие с развитием здоровых детей.

Горизонтальная линия, проходящая между цифрами 4 и 5, показывает возраст Джонни: 4 года и 6 месяцев. Справа на вер­тикальной линии мы видим цифру 53. Это означает, что Джон­ни удалось выполнить 53 задания из предложенных в тесте, что соответствует среднему уровню достижений здорового двухлет­него ребенка. Уровень развития Джонни оказался намного ниже, чем ожидалось (горизонтальная линия показывает, каким долж­но быть развитие мальчика). Замедденное развитие говорит об умственной отсталости. Следовательно, можно с уверенностью сказать, что Джонни умственно отсталый ребенок.

Если бы у него была «обычная» умственная отсталость, то его профиль обучения был бы более согласованным: уровень раз­вития моторных навыков соответствовал бы двухлетнему возрас­ту. Так, «обычный» умственно отсталый ребенок в возрасте 4 лет и 6 месяцев с психическим возрастом в 2 года ведет себя точно так же, как двухлетний малыш. С точки зрения интеллекта и эмо­ционального развития он действительно двухлетний ребенок.

Но случай с Джонни совершенно другой. Самый высокий показатель имеет навык — координация «глаз-рука». Здесь по­казатель почти соответствует уровню развития четырехлетнего ребенка. Подобные навыки у аутичных детей часто называют «островками интеллекта». Однако даже самый лучший навык Джонни, как мы видим на схеме, все-таки ниже ожидаемого уров­ня для его возрастной группы: это всего лишь та область, про которую можно сказать, что она менее серьезно нарушена, чем другие. В области когнитивных навыков Джонни повезло мень­ше. С точки зрения понимания языка и речи его психический возраст ниже б месяцев. Все вместе это дает нам очень нерав­номерное развитие, очень противоречивую картину, которая ха­рактерна для детей, страдающих аутизмом. В этом случае аутизм сочетается с умственной отсталостью, что четко проявляется в результатах теста PEP, где мы видим большое расхождение меж­ду показателями в различных областях. Наиболее глубоко нару­шены области коммуникации и социального взаимодействия.

Вот что мы понимаем, когда говорим о качественном нару­шении развития коммуникации и социального взаимодействия.

Эти трудности нельзя объяснить с точки зрения только бо­лее низкого психического возраста. Здесь мы имеем дело не толь­ко с задержкой развития, но и с Совершенно другим развитием и в действительности другим видом познания.

**Аутизм и умственная отсталость.**

**Что можно реально ожидать в будущем**

Перед тем как мы обсудим девиантный процесс по­знания молодых людей с аутизмом, необходимо рассмотреть воз­можность умственной отсталости, которая также часто встреча­ется у аутичных детей. Большим ударом будет для родителей получить с большим опозданием информацию о том, что их аутич-ный ребенок также имеет и умственное недоразвитие, в то вре­мя как первоначальный диагноз включал в себя только аутизм.

Большинство людей, страдающих аутизмом, также имекЗт сред­нюю или тяжелую степень умственной отсталости (60 процентов имеют IQ ниже 50, тогда как средний показатель 100). Следова­тельно, очень важно, чтобы родители и профессионалы понима­ли, что даже если пригласить самых высококвалифицированных специалистов по аутизму и использовать самые лучшие в мире программы, то умственная отсталость все равно останется. От степени умственного недоразвития зависит то, на что мы можем надеяться и что можем ожидать в будущем (но не следует при этом становиться слишком большими фаталистами).

• Люди с легким умственным недоразвитием при выполне­нии теста IQ показывают результат от 50 до 69. К девяти годам дети с легким умственным недоразвитием достигают такой степени самостоятельности, какую могут достигнуть взрослые с более тяжелой степенью умственной отсталости лишь многие годы спустя. Например, эти дети умеют сами одеваться и соблюдать личную гигиену. Предполагается, что они в состоянии строить сложные предложения, общаясь с другими людьми, и могут приобрести довольно хорошие на­выки для работы. Аутичные люди из этой группы демонст­рируют самые разнообразные навыки. У некоторых детей отдельные навыки развиты настолько сильно, что впослед­ствии они смогут этим зарабатывать себе на жизнь. Напри­мер, аутичные дети, у которых максимальные способности проявились в музыкальной сфере, могут выбрать в будущем среди других профессий и работу настройщика пианино. Однако вследствие серьезных языковых нарушений мало кто из аутистов достигает такого высокого функционального уровня. Большинство аутичных детей имеет умеренную или тяжелую степень умственной отсталости.

\* Люди, имеющие умеренную степень умственной отсталос­ти, при выполнении теста IQ показывают результат от 35 до 49. Адаптационное поведение взрослых людей с умерен-

ной умственной отсталостью может включать в себя навыки самостоятельно есть, принимать ванну и одеваться, умение поддеРжать несложный разговор и довольно ограниченные на­выки чтения. Профессиональные навыки также ограниченны и представляют собой установленный порядок действий. Дети с такими интеллектуальными способностями в школе счита­ются «поддающимися обучению», но только небольшая груп­па этих детей в будущем сможет жить самостоятельно.

• При тяжелой степени умственной отсталости результаты теста IQ будут в диапазоне 20—34. Предполагается, что са­мостоятельно функционировать они смогут лишь в очень ог­раниченной степени: например, они могут самостоятельно умываться и выполнять простые поручения. Социальные на­выки и навыки общения крайне ограниченны, а профессио­нальная деятельность возможна только при сопровождении.

• Люди, чей результат теста IQ оказался ниже 19, считают­ся глубоко умственно отсталыми. Их количество относитель­но невелико, но их нарушения настолько серьезны, что они будут абсолютно несамостоятельными практически во всех областях деятельности.

*Е. Шоплер, Р. Рейхлер, М. Лэнсинг. Методическое руководство для родителей и детей.*

*Остин, Pro-Ed, 1980*

Мы только что кратко обрисовали, какие перспективы на бу­дущее могут иметь люди с умственным недоразвитием. Все пе­речисленное выше безусловно не является категоричным, но этот перечень предлагает общую схему развития, которая может иметь практическое применение. Рассчитать подобный уровень самостоятельности для человека, который страдает аутизмом, бу­дет намного труднее, так как следует учитывать все нарушения развития, которые приходят вместе с аутизмом (проблемы в коммуникации, социальном понимании и воображении). Поэто­му очень важно понимать, как влияют на аутичных детей ком­бинированные нарушения.

**Аутизм в сочетании с другими нарушениями. Аутизм как отправная точка для обучения**

Даже когда у ребенка есть другие нарушения (умствен­ная отсталость, глухота, слепота и др.), при планировании обу­чения прежде всего следует учитывать аутизм. Несомненно, что в первую очередь следует уделить внимание тем проблемам, от

которых зависит, как человек интерпретирует и понимает зна­чения предметов, событий и людей.

Умственное недоразвитие означает прежде всего отставание; слепота, глухота или другое сенсорное нарушение не влияют на способность человека наслаждаться жизнью, ибо его жизнь имеет смысл. Однако для аутистов жизнь — это хаос; им кажет­ся, что все происходит по воле случая. Поэтому начинать необ­ходимо с проблемы интерпретации и понимания, все остальные проблемы могут быть рассмотрены позднее. Это объясняет тот факт, что аутичные дети с умственными нарушениями, так же как и слепые или глухие аутичные дети, получают большую пользу, обучаясь в специальном классе для аутистов, поскольку там в первую очередь им помогают решать проблемы, связан­ные с пониманием.

**Аутизм вместе с умственной отсталостью? Да или нет**

Было установлено, что у двадцати процентов людей, страдающих аутизмом, интеллектуальные способности (IQ) сред­ние или выше среднего. Что это значит? Государственный чи­новник, который не знаком с подобными проблемами, вряд ли сможет понять, что человек, интеллект (IQ) которого в норме или выше нормы, все же нуждается в специальном образовании.

Как уже отмечалось выше, слово «аутизм» не самый луч­ший термин для описания проблем, связанных с интерпретаци­ей и пониманием значений предметов. Выражение «первазив-ное нарушение развития» более точно передает суть проблемы. И выражения «средний уровень интеллектуальных способнос­тей» и «интеллект выше среднего» не совсем точно харак­теризуют таких людей, ибо, несмотря на высокий интеллект, аутичные люди имеют очень серьезные трудности в социаль­ном взаимодействии.

Следует также уделить немного времени, чтобы рассмотреть, что мы понимаем под словом «интеллект». Что такое интеллект? Многие люди на подобный вопрос с презрением ответят, что интеллект — это то, что обычно измеряют с помощью различ­ных тестов. В действительности А. Бине не ставил цель изме­рять индивидуальные различия людей. Он преследовал цель вы­явить детей, которые имеют трудности в обучении (умственную отсталость), но эти нарушения не были вызваны неблагоприят­ным социальным окружением.

Создатели тестов по изучению интеллекта рассуждали сле­дующим образом: если мы будем использовать игрушки и раз­вивающие материалы, которые можно встретить только в до­мах более состоятельных семей и которые мы никогда не встре­тим в семьях более низких социальных классов, то дети из высших классов автоматически получат преимущество над сверстниками, живущими в менее привилегированных услови­ях. Это именно то, чего мы бы хотели избежать. Для того что­бы при составлении тестов устранить материалы, вопросы и ситуации, характерные только для определенных социальных классов, мы не должны использовать реальные жизненные ситуации, т. е. нельзя брать материал для тестов из реальной жизни.

Вот как Юта Фрит объясняла различие понятий «тестовый» интеллект (интеллект, используемый при выполнении тестов) и «жизненный» интеллект (необходимый в повседневной жизни, который мы часто называем «здравый смысл»). Она приводит в качестве примера бездомных детейзиз Бразилии, которые не мо­гут выполнить задачу на сложение на бумаге (вид абстрактного интеллекта), но при этом они легко обращаются с деньгами, продавая бананы туристам (вид «прикладного» практического интеллекта).

Мы можем наблюдать совершенно противоположную кар­тину у людей, страдающих аутизмом, но с высоким интеллек­том. Они могут выполнить сложные задачи на бумаге или в голове, но не могут обращаться должным образом с деньгами в повседневной жизни (вспомните героя из фильма «Человек дождя»). У них отсутствует «здравый смысл». В абстрактных вопросах их интеллект довольно высок, но не в практических делах. В этом смысле их можно назвать социальными инва­лидами.

Чарльз учится на первом курсе университета, на историческом фа­культете. Его всегда увлекало изучение династий. Он выучил целые кни­ги наизусть, что произвело сильное впечатление на его однокурсни­ков. Возможно, их впечатление было особенно сильным, так как в дру­гих областях Чарльз выглядит совершенно беспомощным. Они не могут его понять. Чарльз чудесный парень, но видели бы вы, как он покупа­ет себе бутерброд. Дело в том, что он не любит масло, но вместо того, чтобы заказать бутерброд без масла, он заказывает первое, что при­ходит ему в голову. Если это оказывается бутерброд с маслом, он пла­тит за него, выходит и выбрасывает его в ближайшую мусорную кор­зину. Он так и не смог научиться заказывать «бутерброд без масла».

**Когнитивные эксперименты с аутичными детьми**

Тем, кто хочет помогать людям, страдающим аутизмом необходимо понимать не только их замедленное развитие, но так­же и «необычное» развитие, и «качественные» нарушения раз­вития этих людей. Как можно понять такие необычные пробле­мы, проблемы, связанные с интерпретацией и пониманием?

Английские исследователи Б. Гермелин и Н. О'Коннор рас­сказали о своих важных открытиях в книге *«Психологические эксперименты с аутичными детьми»,* впервые опубликованной в 1970 г. Их исследования были одновременно и простыми, и поразительными. Они исследовали три группы детей одинако­вого психического возраста (дети с аутизмом, обычные дети и дети с умственной отсталостью без аутизма). Детям были даны задания, которые они должны были выполнить. Они решили ото­брать аутичных детей без умственных нарушений, чтобы полу­чить четкую картину чистого аутизма, т. е. аутизма, не ослож­ненного умственной отсталостью. Естественно было бы ожидать, что дети одного психического возраста должны были показать одинаковые результаты. В действительности оказалось, что аутич-ные дети (несмотря на одинаковый психический возраст) не смогли выполнить некоторые задания, с которыми дети из дру­гих групп справились легко. Это означало, что исследователи обнаружили что-то, характерное только для аутизма. Из этого была выведена гипотеза, и были проведены другие подобные эксперименты. Если все эксперименты подтвердят первоначаль­ную гипотезу, то это можно считать ее научным доказательством. (Ученый-философ Карл Поппер говорит, что гуманитарные на­уки можно действительно считать науками, если утверждения, которые они делают, могут быть подтверждены или опроверг­нуты экспериментальным путем. Психоаналитический подход к аутизму такого научного статуса не имеет. Это теория, в кото­рую можно верить или не верить. Экспериментальным путем ее невозможно подтвердить или опровергнуть. Эта теория мо­жет быть интересной, но научной ее назвать нельзя.)

**Добавление значения к восприятию: ограниченная способность интерпретировать и понимать**

Б. Гермелин писал:

«По всей видимости, эта когнитивная патология в основном заключается в неспособности сократить воспринимаемую информацию путем извлечения ее основных элементов, отделив их от второстепен­ной информации. Нарушение этих процессов приводит к появлению

хорошо запоминающихся стереотипных и ограниченных моделей пове­дения, которые становятся все более неадекватными по мере того, как повышаются требования к сложным гибким правилам поведения. Имен­но в областях развития речи и социального взаимодействия, которые подчиняются этим сложным и гибким правилам, когнитивные наруше­ния у аутичных детей становятся особенно выраженными».

Например, в одном эксперименте обследовалась вербальная память трех групп детей. Приведенное ниже краткое описание дает возможность почувствовать дух эксперимента. Подробно об этом эксперименте можно прочитать в книге, указанной в биб­лиографии. На первом этапе детей попросили запомнить как можно больше слов из произвольного списка (например, «окно-яблоко-диапроектор-вода-книга-возможно-бежать»). Все группы справились одинаково хорошо, как и можно было ожидать от детей в одинаковом психическом возрасте.

На втором этапе эксперимента слова были взяты из одного контекста: значение стало важным элементом, объединяющим их в одну группу (например, яблоко-грейпфрут-лимон-груша-мащи-на-корабль-самолет). Услышав такэй список слов, мы сразу по­думаем: «Я знаю. Слова обозначают фрукты и транспорт». С са­мого первого момента, когда восприятие устанавливает связь со значением слов, наша память начинает работать более эф­фективно: понимание значений помогает нам организовать нашу жизнь. На этом этапе эксперимента у детей с обычным интел­лектом и у детей с умственной отсталостью результаты стали намного лучше. При этом аутичные дети, несмотря на такой же уровень интеллектуальных способностей, остались на прежнем уровне, так как в значительно меньшей степени понимали зна­чения воспринимаемых слов. Любой, кто глубоко задумается над этим экспериментом и попытается понять, о чем думает аутич-ный ребенок, может сделать интересные выводы.

Если человек, страдающий аутизмом, испытывает такие же трудности с пониманием значения в повседневной жизни, какие он испытал в данном эксперименте, скорее всего он будет чув­ствовать себя изолированным от людей, так как понять значение можно только через коммуникацию и социальное поведение. В таком случае он будет зависеть от перцептивной информации на­много больше, чем предполагает его психический возраст.

Психолог Джером Брунер исследовал когнитивное развитие обычных детей. Большое впечатление на него произвела их спо­собность идти дальше простого восприятия (название одной из его книг — *«Beyond the Information Given»* — *«Что скрывается за информацией»).* Обычные дети могут воспринимать то, что не вполне

очевидно. Другими словами, у них есть способность делать выво­ды и понимать значение того, что они видят и слышат.

Мы видим, что с самого рождения одновременно с развити­ем средств коммуникации дети интуитивно осознают, что чело­веческие звуки важнее всех остальных. Со временем даже без уроков дети начинают понимать речь и учатся говорить. Это является огромным достижением. Мы понимаем, какие огром­ные усилия требуются для этого, когда, будучи взрослыми (а мозг в это время уже не такой гибкий), пытаемся выучить иностран­ный язык. Таким образом, дети учатся добавлять значение к зву­ку, который они слышат. Они начинают понимать абстракции: слово «стакан» и сам предмет «стакан» имеют условную связь. В других языках люди называют этот предмет по-другому: «glass», «verre», «vaso», «bicchiere».

Мы часто не задумываемся над тем, что социальное поведе­ние также нуждается в понимании его значения. Видимо, спо­собность понимать социальное поведение заложена в нашем со­знании, и у большинства людей с проблемами в развитии она почти не нарушена. Несмотря на свои нарушения, глухие, сле­пые, люди с умственной отсталостью или с дисфазией не испы­тывают особых трудностей при понимании социального поведе­ния или при добавлении значения к социальному восприятию. Они понимают значение эмоций: ребенок, страдающий афази­ей, позволяет себя обнимать, глухой ребенок понимает значе­ние материнской улыбки.

Но в случае с аутизмом мы такого не видим. Вспомните Че­ловека Дождя и сцену в лифте, где девушка его брата, испыты­вающая к нему симпатию, спрашивает, целовала ли его когда-нибудь женщина. Знает ли он, что это значит, когда тебя целу­ют? Она целует его и нежно спрашивает, что он чувствует. «Мокро»,— говорит Человек Дождя.

Он прав. С точки зрения простого восприятия поцелуй мок­рый. Его проблема в том, что он не может понять эмоции, сто­ящие за этим, не может добавить значение к буквальному вос­приятию. Это помогает нам понять печаль родителей, которые чувствуют себя отвергнутыми своим аутичным ребенком. Напри­мер, однажды, когда уже больше не было сил сдерживать чув­ства, мать разрыдалась. Ее сын Джон, увидев это, рассмеялся. «Он смеялся надо мной...» На самом деле его смех был вызван чем-то другим. В его восприятии слезы представляли собой за­бавное зрелище. Раньше он видел, что вода может литься толь­ко из крана, а сейчас она льется из чьих-то глаз: человек-кран?

Даже профессионалы иногда расстраиваются из-за этого вследствие тех же причин. Они вкладывают в этих детей столько эмоций, заботясь о них, но при этом часто чувствуют себя от­вергнутыми детьми. Поэтому важно помнить, что людям, стра­дающим аутизмом, особенно трудно «читать» выражение лица и понимать эмоции, которые стоят за ним. Если они не могут распознать эти эмоции, им трудно их учитывать. Дети с аутиз­мом в отличие от обычных детей не всегда имеют способность понять, что стоит за информацией, которую они получают. Ина ван Беркелер назвала их «воспринимающие жизнь буквально».

С самого раннего возраста у обычных детей развивается со­циальная интуиция, и они рано начинают отдавать предпочте­ние человеку, а не предметам. Со временем их все больше и больше интересует жизнь людей вокруг них. Они также начи­нают больше понимать эту окружающую жизнь, что видно из символических игр, в которых дети показывают, что понимают значение поведения других людей: они делают вид, что кормят своих кукол, укладывают их спать, усаживают в кресло и т. д.

Воображение (добавление значения к восприятию) и соци­альное поведение у детей, страдающих аутизмом, развиваются не так, как у обычных детей. Если аутичных детей приглашают играть, они, как правило, предпочитают такие игры, где дей­ствия основаны на чистом восприятии, например поставить пред­меты друг на друга или расположить их рядами. Отсутствие сим­волической игры указывает на то, как мало они понимают по­ведение своих родителей, братьев и сестер. (Сейчас трудно поверить, что было время, когда несимволическому поведению аутичных детей придавали большое символическое значение. Если ребенок стучал игрушечной коровой по столу, это рассматрива­лось как выражение агрессии по отношению к его матери.)

Вкратце развитие процесса познания у детей, страдающих аутизмом, можно описать следующим образом. Во всем мире дети рождаются с биологически заложенной способностью добавлять значение к восприятию при минимальном социальном стимули­ровании. Благодаря этой способности они интуитивно предпо­читают человеческие звуки, в определенный период они начи­нают анализировать и понимать общение и в конечном итоге Могут общаться сами. Эта способность также помогает им пра­вильно понимать поведение других людей, а затем не только понимать, но и развивать адекватное социальное поведение. Именно эта врожденная биологическая способность нарушена У людей, страдающих аутизмом. Она не «отсутствует» у них,

а только нарушена. В действительности многие аутисты пони­мают определенные значения, которые выражаются через коммуникацию, социальное поведение и воображение. Трудно­сти, которые они испытывают в восприятии и добавлении зна­чения к нему, возможно, находятся на более высоком уровне.

**Ограниченная способность интерпретировать жесты**

Новая серия когнитивных экспериментов подтверди­ла трудности в интерпретации. Эти эксперименты проводились по старой схеме: измерялись достижения трех групп детей — группы аутичных детей, группы детей с умственной отсталос­тью и группы детей с нормальными интеллектуальными спо­собностями. Все дети были одного психического возраста — 5 лет (А. Н. Attwood et al., 1986).

Как установили исследователи, аутичные дети использовали инструментальные жесты наравне с детьми из других групп. Этот тип жестов можно назвать «портретным» (так как существует выраженная визуальная связь между образом и его значением}. Другими словами, о значении жеста нет необходимости догады­ваться. Жест говорит сам за себя. Например, жест «уходи»: его значение очевидно. Значение заложено в самом восприятии, зна­чение не отстранено от него.

Однако, когда на втором этапе были протестированы экс­прессивные жесты, исследователи обнаружили, что аутичные дети совсем не использовали их, хотя для обычных детей и осо­бенно для детей с синдромом Дауна такие жесты не представ­ляли никакой трудности. Исследователи обнаружили существен­ные различия между этими двумя видами жестов. Понять зна­чение экспрессивных жестов не так легко. Они используются для передачи сложных эмоций и состояний.

Результаты эксперимента могут быть истолкованы по-друго­му. «Экспрессивные жесты» намного труднее идентифицировать для детей, которые испытывают большие трудности в понима­нии смысла, скрытого за буквальным значением. Рассмотрим в качестве примера жест «мы близкие друзья». Рука, лежащая на плече другого человека,— очень условный жест. Визуально зна­чение нечетко выражено. Оно отстранено от образа, и чтобы понять его значение, требуется сделать выводы. Группы детей с нормальным и нарушенным интеллектом не испытывают боль­шие трудности, «читая» этот жест. Но группа детей, страдаю­щих аутизмом, потерпела полную неудачу. Если бы можно было проникнуть в их сознание, то тогда можно было бы понять,

почему такой вид жестов создает для них проблемы. Если рас­сматривать этот жест строго в его буквальном смысле, то мы видим только круговые движения руки. Почему в одном контек­сте этот жест означает «утешать», а в другом то же движение означает «чистить» — именно таким движением я вытираю пыль со стола?



Экспрессивные жесты



Инструментальные жесты Рис. 2 Инструментальные жесты

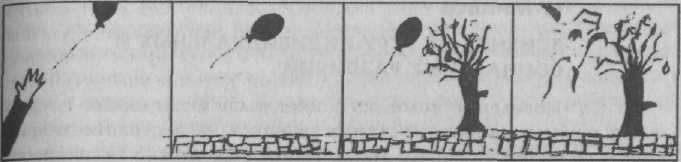
В заключение еще одно важное замечание. Все жесты, кото­рые вызвали трудность у аутичных детей, используются для вы­ражения чувств. Это говорит о том, что даже при одинаковом психическом возрасте (5 лет) с другими детьми, участвующими в эксперименте, аутичные дети имеют специфические трудно­сти в понимании многих человеческих чувств. Действительно, если иногда кажется, что они бесчувственны по отношению к нам, на самом деле это часть их когнитивных нарушений.

**Понимание эмоциональных высказываний**

В другом эксперименте (Бэрон Ш.Коган и др., 1985) три группы детей должны были расположить картинки в соот­ветствующем логическом порядке (рис 3). Истории, отображаю­щие механику событий или поведение, не вызывают особых труд­ностей у аутичных детей по сравнению с детьми одинакового психического возраста. Эти истории очень легкие для понима­ния, и сюжет не связан с психическим состоянием. Когда воз­никает необходимость объяснить душевное состояние персона­жа, изображенного на картинке, как это происходит в рассказе о душевных переживаниях, дети с аутизмом испытывают огром­ные трудности. Обычные дети и дети с синдромом Дауна, име­ющие более низкий психический возраст, справились с этим за­данием лучше, чем аутичные дети. Это то, что удалось установить в ходе эксперимента. Но его результаты следует рассматривать более широко.

Что мы видим на этих картинках? Мальчик кладет пирожное в коробку, идет играть, «плохая тетя» ест пирожное, мальчик очень удивлен, когда находит коробу пустой. Проблема? Откры­тый рот. Чувства понять труднее, и особенно если эти чувства выражены не буквально, а абстрактным способом. В таком слу­чае понимание становится совершенно невозможным. Открытый рот недостаточно «портретный» жест: нет буквальной связи меж­ду символом и значением. Открытый рот может иметь много значений. Например, я съел что-то очень острое, я хочу спать, я голоден. А в нашем примере — также «удивление». (Разве не удивительно, что ребенок не смог понять это, ведь все в этом мире очень сложно. В действительности удивляться можно по­стоянно, так как все непредсказуемо и непостижимо.)

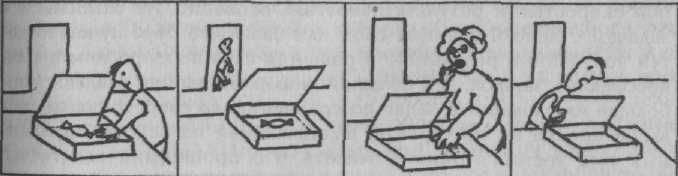
Аутичным детям трудно сочетать понимание с восприятием, и это основное отличие их познавательного процесса, которое нам необходимо учитывать, если мы хотим помогать людям, стра­дающим аутизмом. Различия в познавательных процессах



Рассказ о механике событий



Рассказ о поведении



Рассказ о душевных переживаниях *Рис. 3.* Три типа рассказов

отражены даже в научном определении аутизма как одна из его главных отличительных особенностей, а именно качественного нарушения в коммуникации, социальном взаимодействии, огра­ниченной стереотипной модели поведения и интересов (которые часто являются результатом качественных нарушений развития «воображения »).

**С. Миллер**

**ВЛИЯНИЕ НА ИГРУ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ1**

Поведение человека может быть исследовано посред­ством изучения индивидуальных реакций на постоянно меняю­щиеся свойства внешнего мира. Например, можно эксперимен­тально менять типы и виды задач, количественные и времен­ные параметры определенных физических стимулов, Возможно также сравнение групп разного возраста, пола с разными ин­теллектуальными, социальными, культурными и экономически­ми характеристиками по определенному поведенческому пара­метру. В этой главе мы обсудим, какое отношение эти «индиви­дуальные различия» имеют к игре.

Игра у развитых и умственно отсталых детей

В разном возрасте дети решают сложные задачи с раз­ной скоростью и результативностью, особенно это относится к задачам с использованием слов или символов. Чем лучше у де­тей полученные результаты в решении сложных проблем и раз­нообразных загадок, чем большей информацией они владеют, чем больше их словарный запас по сравнению со сверстниками, тем выше оценка их интеллекта, выставляемая на основе пройден­ных ими тестов. Принято считать, что прошедший все тесты, которые решили две трети его сверстников, получает оценку 100 баллов (так называемый «коэффициент интеллекта», или IQ). Этот уровень, плюс-минус 15%, считается «нормальным», т.е. в эту группу попадает большинство детей; чем дальше от нормы, тем пропорционально меньше детей относится к этому уровню.

До сих пор идет спор о том, насколько уровень IQ (высокий или низкий) зависит от врожденных способностей ребенка, а насколько — от его прошлого опыта, от возможностей позна­вать мир, в котором он живет. Мы считаем важными оба ас­пекта. Повреждение мозга, особенно в начале жизни, уменьша­ет способность к достижению высоких результатов. Сходные ре­зультаты в тестировании на уровень интеллекта показывают чле­ны одной семьи. В целом чем ближе генетическая связь, тем больше совпадает уровень IQ. В то же время многочисленные исследования показывают, что возможности познавать окружа'

*Миллер* С. Психология игры. СПб., 1999, стр. 215—235, 265—270.

ющий мир; контакты с образованными и информированными взрослыми, наличие книг в доме, разнообразие доступных ре­бенку источников получения информации, а также социальное, культурное и экономическое положение родителей и все, что с этим связано, влияют на коэффициент интеллекта ребенка по сравнению со сверстниками (Carmichael, 1954).

Для некоторых исследований подбираются дети с экстремаль­ными значениями интеллекта (очень умные или очень глупые), и существуют наблюдения, хотя совершенно недостаточные, за играми таких детей. Наиболее известное исследование одаренных детей — лонгитюдное исследование Термана, проведенное в 20-х годах в Калифорнии на детях с IQ от 140 до 200 (Terman, 1926). За этой тщательно отобранной группой велось наблюде­ние на протяжении многих лет. Исследования их интеллектуаль­ных достижений, здоровья, физического состояния, детства, про­исхождения семьи и свойств личности включали также наблю­дения за игровыми интересами, играми, в которые они играли или о которых знали. Изучение этой темы проводилось в основ­ном через опросники и свободное, описание своих игр, а затем сравнивалось с аналогичным материалом у контрольной груп­пы детей того же возраста, где уровень *Ю* варьировал от низ­кого до высокого. Большинство детей контрольной группы име­ли средний уровень IQ.

Между игрой одаренных детей и их сверстников был отме­чен ряд различий. Игровые интересы одаренных детей, как и можно было предположить, направлялись больше на интеллек­туальные, чем на физические действия; у них был соответственно меньший интерес к шумным играм и несколько большее пред­почтение спокойным занятиям. Их игры походили на игры де­тей старшего возраста, и в качестве товарищей по игре они пред­почитали детей несколько старше себя. Предпочтение того или другого пола при выборе партнеров для игры и предпочтение соревновательных игр у них было менее выражено, чем у ме­нее одаренных сверстников. Значительную часть времени одаренные дети играли с другими детьми, но в одиночку они играли несколько больше, чем дети из контрольной группы. Ода­ренные дети в возрасте от 2 до 5 лет часто играли с придуман­ными друзьями и жили в выдуманных странах. Их физиологичес­кое состояние, физическое и умственное здоровье, общая устой­чивость- и социальная адаптация были значительно выше сред­него уровня. Похожие результаты отмечены и в других иссле­дованиях игр одаренных детей (Lindzey, 1952). В одном из

35-"»5 545

исследований (Boynton, 1933) отмечено, что одаренные дети иг­рают примерно на 40 минут в день больше, чем отсталые, и уделяют на час больше «умственным развлечениям»: чтению, раз­глядыванию атласов, энциклопедий и тому подобного.

В некоторых случаях дети с высоким IQ, у которых не было равных по интеллекту сверстников, имели социальные трудно­сти в игре. Мальчика с коэффициентом интеллекта 187, т. е. не­далеко от «потолка» тестовых результатов, не любили сверст­ники, потому что он пытался слишком усложнять игры, а стар­шие дети его не принимали, так как считали его слишком ма­леньким для участия в их играх. В экспериментах Термана, од­нако, одаренные дети были такими же популярными среди свер­стников, как и в контрольной группе. В целом игры одаренных детей характеризуются как более разнообразные, многосторон­ние (Lehman, 1927), оригинальные и сознательные. Развитые дети были несколько более активны в игре и факультативной дея­тельности, чем их нормальные сверстники.

Для отсталых детей, наоборот, характерен меньший творчес­кий уровень игровой активности, они предпочитают более про­стые правила, их игры характерны для детей младшего возрас­та. Например, отсталые 10-, 11-летние девочки все еще любят играть в «колышки», прятки, «урони платочек» и «фермера в долине», в то время как развитые девочки в этом возрасте пред­почитают читать, ходить пешком, танцевать и играть на музы­кальных инструментах. Отсталые дети несколько больше, чем одаренные, склонны к социальной активности (Lehman, 1927). Ум­ственно неполноценные 11-летние дети (умственный возраст ко­торых равен 7 годам) пользуются строительными материалами реже, чем нормальные 7-летние дети; выбирают игрушки и игры, требующие стандартных, повторяющихся действий чаще, чем нормальные дети младшего возраста (Ноте, 1942).

Обычно, совершая свободный выбор, дети действуют в пре­делах своих возможностей. Это не значит, что они выбирают в игре самый легкий путь, как считалось раньше. Наоборот, дети могут отказаться от легкого пути, даже невзирая на шоколадки, и предпочесть более длительный или сложный путь (Child, 1946).

Интеллектуальные способности играют важную роль в выбо­ре игр и игрушек. Но удобный случай, а также социальные уста­новки также немаловажны. Например, и одаренный, и отсталый мальчик скажут, что не любят играть с куклами и на пианино.

Отсталые дети имеют низкий статус в нормальной группе. Их реже выбирают в качестве товарищей в игре, друзей, по­путчиков по дороге домой. В многочисленных исследованиях вы-

***ЧАЛ***

явлена определенная взаимосвязь между умственными способ­ностями ребенка и тем, как часто его выбирают сверстники для совместных игр и развлечений (Dentler, 1962). То же верно и (для молодых шимпанзе. Это согласуется с предположением, что [товарищи по игре по крайней мере частично оцениваются по |тому интересу, который они вызывают.

**Различия между игрой мальчиков и девочек**

В большинстве обществ различия между играми маль­чиков и девочек не только предполагаются, но и активно поощ-|ряются. В нашей культуре только маленький мальчик может по-|играть с сестрами в куклы без угрозы подвергнуться насмеш­кам и давлению. Но даже и маленьким мальчикам не дарят ку­кол, хотя к мишкам и другим мягким игрушкам это не относит-|ся. Девочки соответственно любят играть игрушечными машин­ками и паровозиками, но в подарок такие игрушки им не дарят (никогда. Девочкам постарше не рекомендуют играть в буйные [игры; если же они не адаптируютря к более спокойному, мягко-|му, не такому агрессивному поведению, которое ожидается от (девочек, их могут прозвать «пацанками». Мальчику, который не |любит жестких игр и предпочитает читать или играть на пиа­нино, грозит ярлык «неженки» и «маменькиного сынка».

Хорошо известно, что в западном обществе подходы к вос­питанию и требования к дисциплине для мальчиков и девочек ■неодинаковы, конкретные дети испытывают на себе соответству­ющее отношение и методы воспитания также в разной степени (Beach, 1965). В Северной Америке уже у 3-летних детей при (игре с маленькими куклами заметны половые различия в агрес­сивности. Мальчики 4 лет обычно играют в шумные силовые |игры, а девочки играют с куклами или рисуют. Не все измере­ния, которые используются в экспериментах, надежны или имеют высокую корреляцию с наблюдениями за играющими детьми, например результат выбора ребенком для своего рисунка игру­шек или игры, которую взрослые экспериментаторы считают «маскулинной» или «фемининной». В современных исследо­ваниях английских детей в возрасте 3 лет обнаруживается, что мальчики уже в этом возрасте проводят больше драчливых игр, чем девочки. Смех и подпрыгивание выступают здесь как знак |того, что это дружеские драки (Blurton-Jones, 1967).

Изучение детей постарше показало, что в большинство дет­ских игр играют как мальчики, так и девочки (Lehman, 1927).

**;\*** **547**

Самая большая разница обнаружена в манере игры. Мальчики в целом более шумные и активные, чем девочки. Хотя между ними существуют различия в росте, весе, а также уровне и ско­рости физического развития, но взаимосвязь между этими по­казателями и различиями в игровой деятельности до конца не ясна. Современные исследования взрослых гермафродитов (гермафродиты — люди, обладающие как мужскими, так и жен­скими половыми признаками одновременно) показали, что определенная для них в детстве половая принадлежность, в со­ответствии с которой они воспитывались, в большой степени оп­ределила половую роль, с которой они успешно справлялись, что повлияло даже на маскулинность или фемининность их вне­шности (Beach,1965). Снисходительность взрослых по отношению к шумному и агрессивному поведению мальчиков, распростра­ненная в большинстве обществ, предположительно влияет на их манеру игры. Но количественные различия в активности маль­чиков и девочек, проявляющиеся еще до половой зрелости, вряд ли возникают из-за социального тренинга, благодаря которому они, скорее, только формируются или усиливаются.

Согласно исследованиям 20-х годов, соревновательные игры больше популярны у мальчиков, чем у девочек, особенно игры, в которых проявляются сила и ловкость, например футбол, борь­ба, бокс, игра в снежки или «казаки-разбойники». Девочки мень­ше участвуют в организованных играх или тех играх, где необ­ходимо следовать установленным правилам. Чтение, письмо, игра «в гости», «дразнилки» и другие игры с использованием языко­вых средств более распространены среди девочек в возрасте от 8 до 15 лет (Beach, 1965). В целом в нашем обществе девочки с раннего возраста более лингвистически развиты и склонны про­являть агрессию языком, а не кулаками.

Возможно, большая свобода, предоставляемая мальчикам вне дома, поощряет их собираться компаниями. Девочки же, за ко­торыми традиционно устанавливается больший надзор, склонны меньше полагаться на своих сверстниц. Изучение сообщества в юго-западной части Тихого океана показало, что мальчики и де­вочки воспитываются по-разному сразу после выхода из груд­ного возраста (Beach, 1965). Мальчики играют в деревне в сво­их возрастных группах под общим присмотром деревенских ста­рейшин. Девочки остаются в доме при старшей из женщин. В Европе и Америке девочки тоже имеют меньшую свободу пере­движений, чаще играют возле дома, надзор за ними строже; впрочем, понемногу такое положение меняется. Недавние ис­следования (Rosenberg, 1960) игр американских мальчиков и

**548**

девочек продемонстрировали, что хотя девочки по-прежнему иг­рают в игры, традиционно именуемые «фемининными», но на участие в таких типично «маскулинных» играх, как баскетбол и бейсбол, половые различия не влияют. Девочки (от 6 до 13 лет) тоже охотно в них играют. Ранние исследования показывали на большее разнообразие в игре мальчиков. Согласно исследова­ниям 60-х годов, деятельность девочек гораздо разнообразней. За последние 40 лет различия в игровой деятельности мальчи­ков и девочек до определенной степени сгладились.

**Влияние раннего социального и интеллектуального поощрения на игру**

Вопрос о том, в какой степени и насколько непрерывно опыт, полученный в младенчестве, влияет на последующее по­ведение, изучался в различных ситуациях и у разных видов жи­вотных. На результаты оказывали влияние интенсивность, час­тота и тип подобного опыта, возраст, в котором он был получен, а также возраст, в котором в поведении изучались наслед­ственные и видовые различия. Прийти к общим выводам при таком разнообразии затруднительно. В отношении детей боль­шая часть информации (видимо, самой надежной) получена при сравнении благополучных детей с детьми, помещенными в вос­питательные учреждения из-за смерти, болезни или отсутствия родителей.

Почти во всех ранних исследованиях отмечено серьезное от­ставание детдомовских детей в умственном развитии, социальных умениях и развитии речи по сравнению с детьми, воспитывав­шимися в семьях (Bowlby, 1951). Отмечалось, что детдомовские дети апатичны, безразличны к окружающим и гораздо меньше играют, чем обычные дети. В игре они отличаются неопытнос­тью, стереотипностью поведения и отсутствием выдумки. По пер­воначальной общепризнанной точке зрения, это вызвано отсут­ствием материнской заботы и любви. Эти исследования сейчас подвергаются критике с точки зрения недостатков методологии. Данная критика оказала мощное воздействие на общественное мнение и привлекла внимание к некоторым реальным пробле­мам, спрятанным за темой «материнской депривации» (Clarke, 1960; Yarrow, 1961). Среди этих проблем — недостаток игрушек, отсутствие социальной и интеллектуальной стимуляции, редкие оборванные контакты с разными воспитателями, загруженными делами, малая возможность установить прочные отношения с кем-нибудь из них. В воспитательных учреждениях старого типа

549

был относительно малочисленный и часто меняющийся персо­нал, загруженный хозяйственными делами, не имевший совсем или имевший очень мало времени на разговоры и игру с каж­дым отдельным ребенком. Гигиенические правила запрещали воспитателям касаться маленьких детей, возиться с ними, а из-за недостатка средств оснащение детдома было весьма скудным. Ранний детский опыт до усыновления (удочерения) мог вклю­чать знакомство с жестокостью, пренебрежительным отношени­ем, суровыми противоречивыми дисциплинарными требования­ми, недоеданием, скудной окружающей обстановкой или их комбинацией. Подобные условия и порождали некоторые раз­личия между этими детьми и детьми из нормальных семей. Воз­можно также, что в воспитательные учреждения попадало (про­порционально) большее количество детей с генетическими не­достатками.

Главный вопрос заключается в том, что больше всего опре­деляет неблагоприятные последствия и насколько они постоян­ны. Например, чем вызвано относительное отсутствие спонтан­ной игры, стереотипное раскачивание, отсутствие изобретатель­ности в игре, отмеченные у ряда депривированных детей,— не­достатком стимуляции, чувством печали или невозможностью получить сильные эмоциональные и социальные стимулы для любознательности, игры и научения? Могут ли они, даже после длительной ранней депривации, через соответствующее обуче­ние достичь нормального уровня?

В ранних исследованиях особый упор делался на отсутствие возможности стимуляции. Белые стены, светлые чистые комна­ты, отсутствие игрушек и взрослых, с которыми можно поиг­рать, минимальное количество тактильных контактов — эти ус­ловия, присущие большинству прежних воспитательных учреж­дений для маленьких детей, сходны с условиями чувственной изоляции. Это легко может объяснить вялость, апатию и задер­жку развития детей, которым предоставлен отличный уход, с физиологической точки зрения. Современное сравнительное ис­следование детей из воспитательных заведений по сравнению с детьми из семей обнаружило много различий в количестве сти­мулов между этими двумя группами (Provence, 1962). Ребенок в приюте видит свою кроватку, собственные руки, игрушки, дрУ" гого ребенка и может разнообразить эту картину, лишь вороча­ясь в своей постельке. Ребенка, растущего дома, чаще берут на руки, тискают, разговаривают с ним. Воспитатели стараются про­изводить как можно меньше шума, и малыши мало плачут и ле­печут. Малыши из приюта редко покидают свою ясельную ком-

нату, они лишены прогулок и поездок на машине, которые со­ставляют часть жизни детей, живущих в семьях.

Самые большие различия между этими группами отмечены в языковом развитии, социальных навыках и, наконец, мотор­ном развитии. Это часто отмечают исследователи (Freeberg, 1967). Детдомовские дети меньше занимаются звукоподражанием, мень­ше интересуются выбором игрушек и исследованием окружа­ющей обстановки, меньше играют. Они начинают играть со сво­ими руками в положенном возрасте, но за этим не следует обыч­ное развитие этой деятельности, как у домашних детей. У де­тей, впоследствии усыновленных, наблюдаются заметные улуч­шения. Улучшения всех видов навыков наблюдались у детей, ко­торые первый год жизни провели в детском доме с чрезвычай­но скудной окружающей обстановкой, а потом были переведе­ны в дневные ясли с относительно более стимулирующим окру­жением (Dennis, 1957). Дополнительный опыт, даже весьма не­долгий, привел к улучшению в результатах тестирования деп­ривированных детей (Sayegh, 1965).

Разница в уровне стимуляции ^окружающей обстановки дет­ского учреждения по сравнению с семьей отмечалась даже и в современных, хорошо оснащенных детских домах. За определен­ный период наблюдения с 3-летними домашними детьми обыч­но разговаривали пять раз в день, кормили четыре раза, играли не меньше семи раз, чаще брали на руки, давали много разных игрушек. У детдомовских 3-летних детей есть одна-единствен-ная игрушка, привязанная к кроватке (Rheingold, 1961). Без со­мнения, детдомовские дети спонтанно играли со своими руками почти так же часто, как домашние дети с игрушками, и манипу­лировали предметами, которые им давали. Их «социальная от­зывчивость» по отношению к экспериментатору была заметно выше, чем у домашних детей. Мы не можем с уверенностью сказать, с чем это связано: с большей социальной депривацией или с неумением в отличие от домашних детей различать зна­комые и незнакомые лица. Все, что мы выяснили, — это разли­чие в социальной реакции.

Итак, сравнительные исследования показали, что дети из бо­лее стимулирующих детских учреждений успешнее проходят все виды тестов, чем дети из более депривирующих учреждений (Mussen, 1963). Важную роль играет то, насколько воспитатели учат, играют и обращают внимание на каждого ребенка, а так­же наличие разнообразных игрушек и игровых материалов. Стремление к игре и исследованию окружающей обстановки растет в стимулирующем окружении.

551

Вряд ли главным в материнской заботе является сенсорная стимуляция детей с помощью разнообразия игрушек, которые они видят и трогают, объектов, за которыми наблюдают, и голосов, которые они слышат. Забота о ребенке разными людьми, а не одним человеком, также изучалась в качестве возможного действу­ющего фактора (Rheingold, 1961). Экспериментатор в течение 2 месяцев нянчил 8 из 16 детдомовских детей: кормил, купал, ме­нял пеленки, играл с ними. За другими 8 детьми ухаживали в обычном режиме детского учреждения: к ним приходили сменя­ющиеся нянечки. Через 2 месяца «экспериментальные» дети были гораздо более социально отзывчивы, чем контрольная группа, хотя до начала эксперимента их уровень был ниже нормы. Впрочем, в израильских киббуцах дети воспитываются многими няньками одновременно и в юношеском возрасте никаких отклонений при тестировании не выявляют (Rabin, 1962}. Это противоречие мож­но объяснить многими причинами. Если совместное воспитание является принятой социальной нормой, от которой ожидаются высокие результаты, то и отношение взрослых, ухаживающих за детьми, и соответственно детали их отношения к детям обязательно будут лучше. Совсем других результатов можно ожидать, если общество относится к общественному попечению как к «меньше­му из зол», а дети в таких заведениях воспринимаются как до­стойные жалости объекты благотворительности. Матери в киббу-це видят своих детей только короткое время и не ухаживают за ними, но все же видятся с ними постоянно. Воспитатели в киббу-це не сменяются так быстро и т. д.

Некоторые исследователи выделяли недостаток тактильных контактов как главный отрицательный фактор развития детей. Впоследствии этот подход подвергся критике как бездоказатель­ный. Однако исследования Харлоу показали, что детенышам обе­зьян нужно цепляться за что-нибудь мягкое, так что вопрос о тактильном контакте будет пересматриваться. Знакомые, неиз­менно повторяющиеся, привычные сочетания звуков, знаков, запахов и вкусовых ощущений, исходящие от матери, могут сти­мулировать или способствовать развитию восприятия младенца, а также ослабить его страх и волнение, благотворно влияя на развитие слабо организованной нервной системы ребенка. Из­вестно, что испуганные молодые шимпанзе цепляются за дру­гих обезьян или знакомых им людей, что устраняет или по край­ней мере уменьшает стресс (Mason, 1964).

Физический контакт, снимающий стресс, возможно, служит также и фактором привязанности матери и младенца. Впрочем,

контактные игры между матерью и ребенком почти наверняка происходят и тогда, когда ребенок не испуган. Эти игры скорее стимулируют, чем успокаивают младенца. Тактильные контакты между матерью и ребенком можно разделить на два вида. Ис­пуганный ребенок реагирует, когда мать крепко обхватывает его руками, и прижимается к ней как можно плотней. В игре ребе­нок уклоняется от объятий, он прижимается к матери, трется, карабкается, прыгает по ней и тому подобное. У обезьян такой тип игры называется «исследовательский». Ребенок тоже ис­следует свою мать, но в том, как ребенок прижимается к мате­ри, трется о ее тело, карабкается и прыгает по ней, видна боль­шая уверенность и смелость, тогда как «исследовательским» движениям свойственна большая неуверенность и осторожность. Движения ребенка больше похожи на демонстрацию обладания или утверждение господства, а также на удовольствие от сла­бой физической встряски, вызванной его действиями. Легкое физическое воздействие, как и любая медленно возрастающая стимуляция, служит «вознаграждением». Согласно исследованию, проведенному в бывшем СССР, привязанность ребенка к своей няне больше зависит от разговоров, улыбок и других подобных форм стимуляции ребенка, чем от кормления и ухода за ним (Kistyakovskaya, 1965). Подобные выводы сделаны на основе экспериментов со щенками. Легкие формы стимуляции, видимо, важны для развития социальных «связей».

В развитии привязанности ребенка к матери пока не выяс­нено сравнительное значение таких факторов, как телесные кон­такты, сосание груди, кормление, смягчение неудобств, успоко­ение, а также стимулирующих контактов: агуканья с младенцем, привлечения его взгляда, касаний, разговоров и игр с ним, а также значение их частоты и интенсивности. Нам уже многое известно о сигналах, понятных ребенку в различных видах кон­тактов со взрослым, и об их взаимодействии с детским репер­туаром приобретенных и спонтанных ответных реакций. Но для того чтобы оценить их относительную значимость, необходимо провести гораздо более подробное исследование. Игра с мла­денцем может способствовать его привязанности к матери, со­здавая соответствующую социальную ситуацию, или его воспри­имчивости и развитию тенденции к познанию через стимуля­цию. В любом случае это может способствовать тому, что ребе­нок будет больше играть.

Справедливо и обратное: социальные стимулы важны для научения маленьких детей (Stevenson, 1965) и, возможно, для

игры. Неоднократно высказывалось предположение, что они раз­виваются исключительно из привязанности ребенка к матери или к тому, кто ее замещает. В теории научения это легко объясня­ется принципом, гласящим, что реакции, выученные в одном на­боре стимулов, будут обобщены в другие в той степени, в кото­рой они напоминают или ассоциируются с первоначальным на­бором. Также считается, что дети, у которых в младенчестве не было эмоциональной привязанности к матери или другим вос­питывавшим его взрослым, впоследствии не смогут сформиро­вать длительной привязанности к сверстникам {Bowlby, 1951). У людей с эмоциональными нарушениями, людей эмоционально «поверхностных» семьи разрушаются чаще, чем у их более удач­ливых сверстников. Существуют и другие неблагоприятные ус­ловия. Болезненные дети проявляют преувеличенное, бес­покойное, кратковременное дружелюбие к любому встреченно­му ими взрослому, а также неопределенный краткий интерес ко всем предметам. На игровой площадке такие дети одну за другой берут в руки и отбрасывают игрушки, даже не пытаясь заняться последовательной конструктивной игрой, индивидуаль­ной или коллективной. Это крайние случаи, проявляющиеся толь­ко у конституционально лабильных детей или детей со специ­фическими, не обязательно очевидными мозговыми травмами; подобное поведение может проявляться в тех случаях, когда на ребенка воздействуют неблагоприятные факторы, и он чувству­ет себя несчастным или сбитым с толку.

Согласно исследованию Харлоу, в отношении социальных реакций детенышей обезьян по отношению друг к другу, пре­бывание с другими детенышами для них не менее важно, чем пребывание с матерью. Что касается детей, то существует ис­следование группы детей, которые длительное время испыты­вали депривацию, находясь вместе при постоянной смене вос­питателей. В результате у детей сформировалась сильная и дли­тельная привязанность друг к другу (Freud, 1944).

Вопрос о том, возможно ли изменить или полностью сгла­дить опыт, полученный в детстве, является спорным. Ответ мо­жет полностью зависеть от физических и физиологических ме­ханизмов, на которых базируется долговременная память. Если процессы функционирования долговременной памяти зависят от химических изменений в головном мозгу, что кажется вполне вероятным (Gaito, 1961; Landauer, 1966), то они могут стать не­доступными, «выцвести» или распасться на части и не привес­ти к нужным переживаниям. Сейчас у нас нет возможности под­робно рассматривать эти вопросы. Отметим лишь, что прошлый

опыт по-разному отражается на неопытном и опытном мозгу. Важно исследовать поддающиеся измерению факторы воздей­ствия на поведение, что, может быть, связано с прошлым опы­том, а также с тем, как долго и при каких условиях они оказы­вают влияние. Из доступных свидетельств о влиянии вредных воздействий на измеримое поведение детей, лишенных социальной и интеллектуальной стимуляции, известно, что до половозрелого возраста существуют все показания к тому, что забота по исправ­лению такого положения может привести к неожиданно превос­ходным результатам. Это важно отметить хотя бы для того, чтобы указать на неточность современных измерений поведения.

**Влияние родительского отношения на игру**

Несмотря на многочисленность и сложность факторов, имеющих отношение к методам воспитания и влияющих на пос­ледующее поведение детей, существует ряд важных сведений, которые относятся к детским играм. Вообще говоря, в исследо­ваниях такого рода используются 'подробно разработанные шка­лы отношения и действий родителей в определенной популя­ции, основанные на индивидуальных опросах родителей. Они коррелируют с оценками поведения детей в различных ситуа­циях, которые основаны на наблюдениях, тестах и сообщениях. Различия в отношении и привычках родителей отражаются на количественных показателях деятельности, оригинальности и со­циальном содержании детских игр (Baldwin, 1948, 1949; Sears, 1957). В семьях, которые можно назвать «разрешающими», ро> дители советуются друг с другом о решениях, объясняют детям, почему установлено то или иное правило, стараются, контроли­руя детей, избегать произвольных запретов. В таких семьях дети растут открытыми (в проявлении как агрессивных, так и дру­жеских чувств), пытливыми, изобретательными и созидательными в играх и поведении. В авторитарных семьях запреты, налагае­мые без предварительного совещания между партнерами, под­черкиваются; от детей ждут беспрекословного подчинения, спокойного, неагрессивного, конформного поведения, ограничи­ваются любознательность, творческая активность и мечтатель­ность детей. Чрезмерное попустительство, гиперопека и тенден­ция «нянчиться» с детьми приводят к тому, что дети боятся физического риска и отстают в физических навыках и умениях. Важным является тип игровой ситуации, в которой измеря­ется поведение. Например, в одном исследовании отмечено, что

дошкольники, которых часто наказывали матери, были менее аг­рессивны в игре, чем их сверстники, которых наказывали в от­носительно мягкой форме (Sears, 1953). Однако в исследовании, где определялась величина агрессивности дошкольников в игре с куклами по сравнению с наказаниями и фрустрацией у них дома, были получены иные результаты. Те дети, кого дома шле­пали и бранили, исполняли меньше их просьб, оказались отно­сительно более агрессивными в игре с куклами, чем дети, в се­мье которых уровень наказаний и фрустрации был относитель­но ниже (Hollenberg, 1951). Проявлять агрессию в отношении кукол — не то же самое, что ударить другого ребенка. Заботли­вость родителей, теплота их отношения к ребенку имеют значе­ние вне зависимости от используемого ими типа воспитания.

На игру влияет наличие или отсутствие родителя, с которо­го ребенок «моделирует» себя. Мальчики, у которых нет отцов, играют менее агрессивно. Их игры больше похожи на игры де­вочек. На игру девочек отсутствие отца не влияет (Sears, 1951). Видимо, незачем подчеркивать очевидное воздействие, которое родительское отношение и привычки обычно оказывают на де­тей. Интересно отметить, что даже дошкольники, матери кото­рых поощряют их стремление добиться успеха, чаще выбирают игры типа рисования, лепки или чтения, где «успехи» могут быть более заметны (Crandall, 1964).

Присутствие или отсутствие взрослых также оказывает влия­ние на игру, особенно в отношении проявления агрессии, в отно­сительно безобидном контексте игры в куклы (Barker, 1941; Braine, 1959; Siegel, 1959), когда взрослый позволяет это делать. Наблюде­ния за тремя матерями, игравшими с 6-летними детьми, показали, что прямое вмешательство, контроль и критика игры ребенка ве­дут к потере взаимодействия и тормозят свободную игру ребенка. Тенденция такого поведения проявляется и в других играх даже с «нейтральными» взрослыми (Bishop, 1951).

**Воспитательные нормы и игры**

Недавно была сделана попытка провести связь между воспитательной деятельностью в разных культурах и играми, наиболее распространенными в них (Roberts, 1962). Был прове­ден сравнительный анализ докладов об играх в различных «при­митивных» племенах, а также исследования уровня строгости или попустительства в обучении детей соблюдению гигиеничес­ких требований, подчинению, ответственности и тому подобным предметам. С этой точки зрения игры были разделены на три

основные группы с множеством подгрупп. Одну из групп со-ставили игры, основанные на физических умениях и навыках. К этой группе относятся: бег на длинные дистанции, игры с обручем и шестом. Стратегические игры, включающие умение выбрать правильное решение, как в шахматах или покере, во­шли во вторую группу. Третья группа охватывает игры с эле­ментом случайности: игра в кости, азартные игры и т. д.

Обзор распределения игр в различных обществах выявил определенную взаимосвязь между физическими играми и фак­торами внешней среды: климатом, температурой, питанием (Roberts, 1959). Впрочем, авторы также предположили, что игры подражают основным общественным занятиям. Например, стра­тегические игры изображают войну и сражения. Они существуют в основном в обществах со сложной политической и социаль­ной структурой. «Вероятностные» игры подражают религиозным обрядам (например, предсказаниям) и вере в оккультные или сверхъестественные вмешательства в человеческую жизнь.

Было установлено несколько статистически важных взаимо­связей между типом наиболее распространенной игры и оцен­кой воспитательной работы. Физически развивающие игры рас­пространены в обществах, где от детей в первую очередь тре­буют достижения успеха. В стратегические игры играют в об­ществах, где детей приучают быть опрятными, послушными и независимыми, используя для сдерживания суровые наказания, а для поощрения — эмоциональную поддержку. Вероятностные игры распространены в обществах, поощряющих ответственное и взрослое поведение детей; это бедные общества, в которых начинают работать с детства. Авторы выдвигают предположе­ние, что связь между типом раннего обучения и играми можно частично объяснить исходя из того, что игры — прямая трени­ровочная площадка для развития навыков и умений, которые по­требуются в более взрослом возрасте.

Главное предположение Робертса и Саттон-Смита, однако, состоит в том, что дети используют игры как отдушину для лич­ных внутренних конфликтов, которые ускоряют развитие их осо­бенного способа обучения. Они назвали это «гипотезой окуль­туривания конфликта». Это объясняет взаимосвязь между суро­вым приучением к подчинению и стратегическими играми: слож­ность обществ, в которых обычно играют в стратегические игры, вызывает необходимость подчинения. Фрустрация и гнев, выз­ванные суровостью этого обучения, вытесняются в игры и на­ходят выход в выдуманных сражениях; в реальной жизни дети

557

остаются послушными. Связь между вероятностными играми и ранним приучением к ответственности объясняется тем, что дети из бедных обществ вынуждены рано приступать к повседнев­ной работе, не дающей выхода инициативе. Вероятностное игры являются реакцией индивидуума на свою пассивную роль и дают выход чувству безответственности, подавляемому в повседнев­ной жизни. Физически развивающие игры связаны с родитель­скими требованиями достижения успеха. В поддержку теории выдвинуто наблюдение о том, что в нашем обществе мальчики и мужчины в меньшей степени приучаются к подчинению,, чем девочки, а большее внимание уделяется требованию достиже­ния успеха. Мальчики и мужчины действительно больше игра­ют в физические игры, чем девочки; женщины и девочки спон­танно выбирают стратегические и вероятностные игры (Sutton-Smith, 1963).

К сожалению, для надежной интерпретации этих интерес­ных данных не хватает методологической базы, в чем авторы вполне отдают себе отчет. Например, отсутствие игры в данном обществе может быть вызвано ошибкой составителя списка, а критерии, по которым игры разбиты по группам, не всегда од­нозначны. Но даже самая определенная взаимосвязь между ва­риациями в воспитании детей и определенными типами игр мо­жет привести всего лишь к умозаключениям о направленности этого влияния. Определенные типы игр могут быть как причи­ной, так и следствием воспитания детей в определенном ключе; и то, и другое может оказаться только лишь следствием опреде­ленных норм поведения, принятых в данном обществе. Из этих данных не обязательно следует, что стремление к игре основы­вается на стремлении к облегчению внутреннего конфликта, хотя такое предположение и кажется вероятным.

Чудесная компиляция Оуписа (Opie, 1961) о детском фольк­лоре дает нам представление, до какой степени одни и те же игры распространены среди детей из разных регионов, совер­шенно различного происхождения и разных поколений. Скоро­говорки типа «Питер Пайпер» появились по меньшей мере 200 лет назад. Смешные истории — начиная от древнегреческой о мальчике, который назвал пасущую скот женщину «матерью ос­лов» и услышал в ответ: «Доброе утро, сынок», и кончая современной английской «И тебе того же и еще тонну атомных бомб в придачу» — говорят многое о неизменности человечес­кой природы. Но форма игры и непосредственная причина, по которой в нее играют, не обязательно связаны между собой.

**ИГРА У ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Диагностика больных детей не представляла бы про­блемы, если бы все типы патологии и неприспособленности вы­ражались в характерных и недвусмысленных игровых формах. Конечно1же, это не так. Дети с серьезными нарушениями ведут себя настолько странно и в «игре», и в «работе», что это оче­видно даже для непрофессионала. Некоторые из таких детей по­чти полностью пассивны. В игровой комнате, полной различных игрушек, они не находят ничего интересного для себя и жмутся в углу или производят стереотипные, повторяющиеся при­чудливые движения пальцами или другими частями тела. Часто они настолько отстранены от своего окружения и других лю­дей, что разделять «игру» и другие виды их деятельности по­просту бессмысленно. Это состояние называют поглощенностью собой, или аутизмом. Еще не известно, включает ли оно один синдром или несколько и чем оно вызвано. Однако в большин­стве типичных случаев проявляются узнаваемые особенности игры. Обычны апатия, раскачивание с похлопыванием себя по голове, которые также встречаются и в совершенно иных или гораздо менее тяжелых состояниях.

Более типичны часто повторяющаяся, «ритуальная» природа игры и навязчивый интерес к определенным объектам — часто это бывают электрические выключатели и разнообразные механичес­кие приспособления. Это можно сравнить со стереотипным, по­вторяющимся поведением пойманных зверей, живущих в очень ограниченном пространстве. Но у аутичных детей нет явно не­нормальной окружающей обстановки. Они не реагируют на со­циальные ситуации, возможно потому, что к ним нелегко «досту­чаться», т. е. уловить и удерживать их внимание. Есть свидетель­ства, что такие дети стараются избегать сложных стимулов, мо­жет быть потому, что они перевозбуждают их (Hutt, 1965). У них странные речевые привычки (если они вообще говорят). Аутизм — относительно редкое состояние и, возможно, имеет иное проис­хождение, чем те трудности, с которыми обычно имеют дело дет­ские клиники или амбулаторные отделения больниц.

То же можно сказать о некоторых «гиперактивных» детях, которые не способны играть, потому что постоянно мечутся в разные стороны, не в состоянии остановиться на какой-либо пос­ледовательной деятельности.

Кроме этих крайних случаев термин «неприспособленность» относится к разнообразным видам поведения, отличающегося от

того, какое ожидается от мальчиков и девочек в определенном возрасте. Трудности в обучении, несмотря на нормальный или даже высокий IQ; трудности в общении со взрослыми или деть­ми как дома, так и в других местах; агрессивность, замкнутость или робость, проявляемая в необычной степени; пристрастие ко лжи и воровству; нежелание ходить в школу; необъяснимей страх перед животными или другими объектами; речевые трудности; мочеиспускание или дефекация в постель; нежелание есть — все эти и ряд других проблем обозначаются как «эмоциональные нарушения», «социальная неприспособленность», «нарушения навыков» и т. д.

Эти условия могут варьировать от простого непонимания взрослым того, что он может ожидать или делать по отношению к ребенку, и вплоть до ситуаций, нестерпимых и для взрослого, и для ребенка. Некоторые случаи достаточно просты, например если ребенок боится собак или мочится в постель. В других слу­чаях практически все, что делает или говорит ребенок (или чего он не говорит и не делает), является источником тревоги, обви­нений и раздражения для окружающих.

Неудивительно поэтому, что нет какой-то одной игровой фор­мы, которая отличала бы этих детей от «нормальных». Нельзя сказать также, что игра таких детей всегда типична для прояв­ляемого ими поведения. У крайне агрессивного 9-летнего во­ришки, который ругался, как извозчик, и прогуливал школу, лю­бимой игрой было заползать в шкаф для игрушек с самым боль­шим и мягким мишкой, которого он только мог найти. Робкий маленький заика, происходящий из среднего класса, выросший с отцом-холериком, писал на оконных стеклах невообразимые слова. И это не противоречит сказанному выше.

По Мэрфи (1957), особенным является не содержание игры, а ее структура, стиль и внутренняя согласованность. Совершенно обычные дети играют в жуткие игры, топя в воде и раздирая на части кукол, изображающих отца, мать, брата или любого, кто вызвал их временное неудовольствие. Отличить тревожных, беспокойных детей от адаптированных можно по напряженнос­ти таких игр, а не по их частоте. В этой же работе показано, что группа нормальных 4-летних детей выражает более откры­тую и направленную враждебность к своим сверстникам, чем группа неприспособленных детей, зато степень напряженности выше у второй группы.

Многие трудности — в отношениях со взрослыми, со свер­стниками, в сдерживании агрессии, в отношении иррациональ­ных страхов и т.д.— имеют угнетающее действие, делают

ребенка несчастным и безразличным ко всему. Это снижает его общую активность, энергичность и изобретательность в игре. Общая застенчивость или тревожность производят сходный эф­фект. Подавляющие ребенка переживания, даже временные, вли­яют на конструктивность игры и уровень ее зрелости (Баркер, 1941). Многие неприспособленные дети, иногда имеющие дос­таточно высокий уровень интеллекта, настойчиво играют так, как могли бы играть дети гораздо младше их. Например, я знала умного, но очень впечатлительного и тревожного 6-летнего ре­бенка, который вполне мог бы рисовать дома, людей и деревья, как его сверстники, но рисовал обычно только цветовые пятна, как двухлетки. Тревожность снижает эффективность ребенка в выполнении сложных задач (Джонс, 1960).

Подобные знаки, проявляемые в игре, могут помочь найти подход к пониманию поведения ребенка. Ко мне привели 6-лет­нюю девочку с таким сильным подергиванием головы, что было страшно на нее смотреть. Вскоре у девочки обнаружился край­ний страх по отношению к грязи, песку и воде. Она очень час­то мыла руки и просила переодеть ее в чистую одежду, хотя одежда на ней была совершенно чистой. Ее мать сказала, что забыла рассказать мне об этом, потому что привыкла к такому поведению девочки дома. Девочка понемногу (при ненавязчи­вом поощрении) приняла воду и песок как допустимые игровые объекты. Поначалу это отношение распространилось так дале­ко, что ей понравилось пачкать свою одежду и одежду матери, но потом все вошло в приемлемые рамки отношения к грязи и чистоте. Вскоре после этого кончился ее нервный тик. С одной стороны, это может быть простым совпадением, а может суще­ствовать связь между тиком, навязчивым поведением и приучени­ем к чистоте; данная гипотеза и рассматривалась в начале ле­чения. С другой стороны, избавление от сильного страха могло привести к общему облегчению. Поведение девочки во время игры в период изменения ее отношения к грязи, по словам ее матери, шло параллельно или следовало за схожим поведением дома. В этом случае изменения в игре были довольно очевидны.

Игра стандартными игрушками, во время которой измеря­лись и сравнивались специфические детали поведения, прово­дилась как личностный тест в обстановке экспериментальной ситуации, где фиксировались изменения в окружении ребенка. Ранее было отмечено, что надежность этих методов игры в куклы высока при определении специфического поведения типа агрессии, она хорошо коррелирует с уровнем детского

1Л-1405 561

агрессивного поведения в других ситуациях и остается неиз­менной в различных измерениях и в разное время. Но так бы­вает при тестировании нормальных детей. Для детей с отклоне­ниями, очень робких и очень агрессивных соотношение между поведением в игровых тестах и обычным поведением делается с оговорками. Реакции неприспособленных детей более разно­образны и неустойчивы даже в когнитивных тестах, и еще ярче это проявляется на моделях для всей популяции, не говоря уже про личностные тесты (Фридманн, 1959). Поэтому в каждом слу­чае обычно использовался не один тест. Основное преимуще­ство игры состоит в том, что она позволяет оценить реакции отдельного ребенка в самых разных конкретных ситуациях, ко­торые труднее воспроизвести иным способом в знакомой и приятной для детей среде.

Наверное, шире всего игра используется при лечении тре­вожных детей. Некоторые психотехники, идущие от самых раз­ных теоретических подходов, стремятся объяснить ребенку суть конфликтов, которые происходят в нем; другие используют игру как форму социального научения, как средство, чтобы «проиг­рать» трудности, как способ установить дружеские отношения, как тип ситуации, которая может быть тяжелой для ребенка, для переориентации или переобучения. Все они направлены на то, чтобы сделать ребенка «лучше». Достигают ли они этой цели — вопрос по-прежнему открытый.

**Т. П. Симеон, М. М. Модель, Л. И. Гальперин ЭКЗОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПОГРАНИЧНЫЕ ФОРМЫ1 СОСТОЯНИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО ИСТОЩЕНИЯ**

Это болезненное состояние не является самостоятель­ной нозологической единицей, а лишь объединяет единообраз­ные симптомокомплексы, имеющие место при различных забо­леваниях детского организма. Выделение его в отдельную главу преследует главным образом практические цели.

Симптоматология психического состояния при истощении центральной нервной системы, наступающего под влиянием ряда изнуряющих факторов, представляется более или менее сход­ной на всех возрастных этапах.

Ведущим в статусе этого состояния является выраженный симптомокомплекс *истощаемости* всех психических процессов. Им определяются и все особенности поведения ребенка.

Внимание ребенка, страдающего явлениями истощения пси­хики, очень поверхностно и неустойчиво. Ребенок быстро при­влекается любым раздражителем извне, но длительно на нем не фиксируется. *Память* вследствие неспособности длительно со­средоточивать внимание, понижена, но если аффективная заин­тересованность в чем-либо мобилизует большую интенсивность внимания, результат неожиданно может оказаться довольно удов­летворительным. В *мышлении* ребенка часто бросаются в глаза скороспелость и поверхностность заключений. Корни этого ле­жат в той же слабости и утомляемости центральной нервной системы. Психика как бы бережет себя от лишних затруднений. Ребенок не дает нужной направленности внимания и нужной аффективной заинтересованности на проработку данного ему для суждения материала, а потому и умозаключения его непроду­манны и лишены глубины. Инициатива и творчество в силу того же ведущего симптомокомплекса утомляемости проявляются слабо.

Порог раздражения у детей с истощением психики значи­тельно снижен. Они болезненно реагируют на резкий звук, силь­ный свет, на обилие и быстроту происходящих около них дви­жений. Утомляемость у таких детей чрезвычайно велика. Осо­бенно это бывает заметно у детей школьного возраста, начина­ющих «увядать» уже со второго, третьего урока занятий.

*Симеон Т.П., Модель М. М., Гальперин Л. И.* Психоневрология детского возраста. М.—Л., 1935, стр. 321—343,

*Настроение* в силу указанной гиперэстетичности к внешним раздражителям, а отчасти в силу частых неприятных ощущений слабости, недомогания, усталости обычно понижено. Как прави­ло, оно к тому же крайне лабильно. Малейший пустяк извне меняет общий фон самочувствия ребенка. Для его эффективно­сти характернее всего состояние «раздражительной слабости». Ребенок раздражается не потому, что раздражение является фор­мой выражения вовне его агрессивных тенденций, а потому, что его ослабевшая от истощения нервная система не в силах пе­реносить сумму раздражителей окружающей действительности. Защищаясь от них, ребенок как раз и проявляет агрессию («вто­ричного» характера в отличие от «первичной» агрессии эпилеп-тоида), например ударяет другого ребенка, утомляющего его по­пыткой войти с ним в контакт.

Нередко можно наблюдать, как личико такого одиноко сидя­щего вдали от детей ребенка искажается страдальческой гри­масой в моменты, когда игра детей принимает шумный харак­тер либо когда кто-нибудь из детей в процессе этой игры его заденет.

Аффективные привязанности таких детей тоже часто быва­ют неглубоки, ибо дети и здесь в силу истощаемости не дают должной интенсивности своей аффективной направленности. Также непостоянны они в своих привязанностях.

Независимо от присущих детям до наступления истощения центральной нервной системы характерологических особеннос­тей они начинают, опять-таки щадя себя от утомления, избегать общения с детским коллективом. Для них детский коллектив пред­ставляется шумным раздражителем, который им не под силу. Дети уходят в одиночество от слишком шумной, массивной, ра­нящей их действительности. Это «вторичный» отход от реаль­ности, своего рода *псевдоаутизм,* который совершенно не тож­дествен «первичному» аутизму шизоидного ребенка.

Учитывая формальное сходство описанных феноменов, час­то говорят о явлениях «шизоидизации» истощенного ребенка.

Отход от реальности и детского коллектива, сосредоточен­ность на себе, особенно питаемая ощущением своей слабости, ведут к усилению эгоцентризма и у маленьких детей поддеРжИ" вают или воскрешают отживший интерес к своему телу (появ­ляется опять влечение к сосанию пальцев, к игре половым ор­ганом и т.д.). Влечения иногда понижены, иногда повышены, но всегда непостоянны в силу значительного снижения психичес­кого тонуса истощенного ребенка. Он охотно берется за какое-либо дело, но редко доводит его до конца. Повышенная

внушаемость такого ребенка основана на его неспособности в силу своей малой активности противостоять чужому мнению и чужой воле. В школе такие дети очень легко могут подпасть под влияние дезорганизаторов и даже приобрести репутацию трудновоспитуемых.

Среди детей с истощенной нервной системой можно по их поведению отметить два варианта. Один представлен гиперки­нетическим *статусом.* Это дети, усиленная утомляемость кото­рых сказывается прежде всего в их повышенной нервной воз­будимости, общей возбужденности, усилении речевой и двига­тельной продукции. Они ни минуту не стоят на месте, постоян­но суетятся, много говорят и много двигаются. Даже сидя и стоя на месте, они все время производят мимические движения ли­цом, жестикулируют руками, двигают ногами. Их суетливость и непоседливость делают их чрезвычайно трудными в процессе школьной работы. Они вечно вставляют свои замечания на уро­ке, мешая преподавателю, нарушают дисциплину болтовней и посторонними занятиями. Благодаря их быстрой, хотя и корот­кой по времени откликаемости на любые раздражители они осо­бенно легко вовлекаются дезорганизаторами в ряд проделок и нередко сами слывут за таковых.

Второй вариант детей с истощением центральной нервной системы — это дети *акинетические,* вялые, с очень малым коли­чеством движений. Апатия, безынициативность являются симпто­мами, выступающими на первый план. Эта картина время от вре­мени нарушается болезненным, страдальческим, ноющим плачем, когда какой-либо раздражитель извне выводит их из состояния апатии. Неспособные обычно к защите, они жалобно плачут или слабо заносят на обидчика руку, застывающую в воздухе, не до­ведя акта самообороны до осуществления. Такие дети вследствие очень малой направленности на окружающую реальность (бере­гут себя от утомления) могут иногда произвести впечатление ум­ственно отсталых, но более тщательный анализ их психики ука­зывает, что в худшем случае здесь кроется только педагогическая запущенность и что все возможности нормального темпа развития при условии индивидуального подхода здесь налицо.

В каких бы вариантах ни выявлялось поведение детей с ис­тощением центральной нервной системы, у них всегда наблю­дается общая черта — чувство своей малоценности. Черта эта знаменует собой уже частичный переход в патологическое раз­витие личности (астенического типа). Такие дети очень остро ощущают в себе чувство своей слабости, немощности, отлично-сти от других, здоровых детей. У них появляются недоверие к

565

своим силам, недооценка своих возможностей. Борьба с жиз­ненными невзгодами становится для них еще менее возможной. Преобладающий фон настроения делается мало-помалу подав­ленным. Но так как мириться с чувством своей слабости психо­логически очень трудно, психика ищет выхода и находит его в различных направлениях: либо дети окончательно замыкаются в себе и начинают жить своим внутренним миром, иногда рас­цвеченным фантастическими настроениями, либо отходят на те старые позиции, когда они были сильны своей детской беспо­мощностью (отказываются от приобретенных навыков самосто­ятельности), либо ищут выхода в преодолении чувства неполно­ценности, робости, смущаемости путем развязности, рисовки, т. е., как говорят, «гиперкомпенсируют» свою недостаточность. К со­жалению, однако, гораздо чаще имеет место понижение способ­ности компенсации.

В *физическом* статусе детей с состоянием истощения цен­тральной нервной системы преобладает астеническое телосложе­ние с умеренным подкожно-жировым слоем, бледностью кожи и слизистых; следует отметить, однако, что нередко истощение цен­тральной нервной системы имеет место не только у астеников и при наличии почти нормального состояния подкожно-жирового слоя кожи и слизистых. Возможно усиление кожных и коленных рефлексов (с психической реакцией). Со стороны эндокринно-вегетативной системы нередки случаи умеренного гипертиреоза. Довольно обычны явления цианоза конечностей, яркого дермо­графизма, обладающего большой стойкостью. Нередко отмечает­ся усиленная потливость, наступающая при утомлении. Мы зна­ли одного ребенка школьного возраста, у которого при утомлении на уроках лицо покрывалось капельками пота. Часто наблюдают­ся головные боли с пульсацией в области висков.

*Причины,* вызывающие описанные состояния психики, раз­личны: длительные плохие социально-бытовые условия (хрони­ческое недоедание, плохое жилище и т. д.) являются актуальным моментом, приводящим к истощению центральную нервную си­стему. Острые инфекции или интоксикации могут оставить пос­ле себя более или менее длительные состояния истощения пси­хики. Желудочно-кишечные заболевания, особенно раннего дет­ства, являются частой причиной резко выраженных состояний истощения. Из хронических инфекций особенно часты туберку­лезная инфекция, малярия.

*Патофизиологически* надо предполагать, что лежащие в ос­нове истощения биохимические процессы выводят центральную

нервную систему из состояния равновесия, приводя в одних слу­чаях к угнетению, а в других к перевозбуждению.

*Течение и исход.* Дети с различными характерологическими особенностями по-разному ведут себя в состоянии истощения. , Циклотим, астенизируясь, может дать усиление двух полюсов эффективности — в одном случае черты гипоманиакального ста­туса, в другом—депрессивного. Шизотим, как правило, дает оп­ределенный уклон в сторону усиления аутичности и гиперэсте­тичности. Аффективно-лабильный тип дает появление инфантиль­ных и истерических реакций. Эпилептотим обычно дает сдвиг к своей аффективной биполярности: агрессия задерживается до степени образования психастенических реакций. Но в ряде слу­чаев благодаря снижению порога возбудимости учащаются и пер­вичные стенические реакции эпилептотимной личности.

Общая для всех характерологических вариантов астенизация психики с уходом от непосильно утомляющей ребенка реальнос­ти может иногда до неузнаваемости изменить характерологичес­кий облик ребенка, если судить о нем только по формам его по­ведения. Лишь более глубокий анализ влечений ребенка позво­лит в шизотимных реакциях разгадать циклотимного ребенка, а под личиной «психастенического» поведения увидеть стеничное эпилептотимное ядро личности. Течение описанного состояния истощения центральной нервной системы зависит от силы, ин­тенсивности и длительности действия агента. Иногда оно может ограничиваться неделями или месяцами, в случаях перманентно­го действия раздражителя оно затягивается на годы. Кроме того, легкообратимые состояния истощения под влиянием длительного действия вызывающего его агента могут, нарастая в интен­сивности, приобретать новые качества, становясь трудно или даже совсем необратимыми. Такие состояния нам приходилось наблю­дать при длительно и тяжело протекающем туберкулезе и при длительном голодании в раннем детском возрасте.

*Дифференциальный диагноз* проводится в следующих направ­лениях: 1) со стойкими изменениями центральной нервной сис­темы энцефалитического характера, 2) с психопатиями, 3) с ши­зофренией.

Симптомами, сходными с энцефалитическими изменениями поведения, являются: апатия, безынициативность, вялость гипо­кинетического варианта и/или повышенное количество движе­ний и возбуждение гиперкинетического. Различие в статусе ус­танавливается на основании констатации роли ведущего симп-томокомплекса утомляемости, определяющего всю картину по­ведения на основании обратимости состояния и отсутствия в

анамнезе указаний на энцефалит. Дифференциальная диагнос­тика с психопатией, с которой особенно сходен гиперкине­тический вариант невропсихического истощения, проводится на основании изучения анамнеза, ибо психопатия выявляется с пер­вых шагов ребенка на его жизненном пути. Но в случае, если мы имеем у психопата астению, лишь глубокий анализ влече­ний ребенка позволяет разграничить то, что предвнесено исто­щением, от того, что дано эндогенно.

В случае возникновения астении у шизоидного психопата может встать вопрос о дифференциальном диагнозе с шизо­френией, ибо стремление истощенной шизоидной психики, и без того мало направленной вовне, щадить себя от ранящих раз­дражителей реальности может создать полную иллюзию глубо­кого аутизма. Лишь длительное наблюдение и отсутствие всех других симптомов шизофрении решают вопрос.

*Лечение.* Ребенка с истощением центральной нервной сис­темы надо поставить в такие условия среды, где раздражители были бы коррегированы согласно его сниженному порогу воз­буждения.

В острых стадиях рекомендуется помещение ребенка в са­наторий для истощенных детей; там ребенок, имея возможность быть достаточное количество времени в спокойной обстановке, в то же время не отрывается от коллектива, общение с которым дозируется во времени и в интенсивности в зависимости от со­стояния ребенка.

В состояниях менее острого истощения ребенок помещается в лесную школу либо — без отрыва от семьи — в школу или груп­пу на открытом воздухе.

Основной принцип лечения таких детей: пребывание на воз­духе, правильная организация режима дня с обязательным пос­леобеденным отдыхом, правильно организованное питание, физ­культура со специальными коррегирующими упражнениями для тех мышц, которые особенно слабы (мышцы спины, позвоноч­ника, грудной клетки).

Обтирания, солнечно-воздушные ванны, общее укрепляющее медикаментозное лечение дополняют указанную систему лечения.

Большой и заслуженной популярностью среди применяемых препаратов пользуются рыбий жир, фосфор и кальций.

В процессе *обучения* важно осуществление его на воздухе, укорочение продолжительности занятий, удлинение промежут­ков отдыха. Среди трудовых процессов производственного ха­рактера акцент ставится на сельскохозяйственном труде, проте­кающем на воздухе.

i *Психотерапевтические* мероприятия, учитывая тенденцию астенизированного ребенка давать патологическое астеническое развитие личности в сторону усиления неуверенности в себе, нерешительности, отгороженности от коллектива, должны про­водиться следующим путем: ребенок вовлекается в общение сна­чала с очень малочисленным коллективом; постепенно по мере укрепления ребенка численность коллектива понемногу увели­чивается; посредством дачи ребенку посильных, общественно полезных заданий все возрастающей трудности непрерывно под­нимается чувство уверенности в своих силах и чувство своей значимости. Окружение ребенка организуют с таким расчетом, чтобы оно вносило успокоение и организованность в его аф­фективную сферу и бодрую струю в обычно пониженный фон его настроения.

**РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

Реактивное состояние у детей, как и у взрослых, ха­рактеризуется *тремя моментами:* оно начинается в связи с трав­мирующим фактором или ситуацией, данная травма отражается в психическом статусе ребенка, состояние сходит на нет с уст­ранением травмирующего момента.

**Невроз испуга**

Несколько особняком в этой главе стоят психические состояния, развившиеся под влиянием острого испуга.

Любой незнакомый, неожиданно подействовавший раздра­житель может вызвать испуг у ребенка раннего возраста. Само собой разумеется, что с расширением кругозора ребенка по мере его роста и развития число этих раздражителей убывает. Мак­симум реакций испуга падает на младенческий, минимум — на подростковый возраст.

*Симптоматология.* В момент действия травмирующего агента ребенок ведет себя по-разному. Либо он громко кричит, плачет, мечется, делает беспорядочные примитивные защитные движе­ния, доходя в своем двигательном беспокойстве до того состоя­ния, которое Кречмер описал как «двигательную бурю», либо под влиянием шока застывает в почти кататонической позе на месте, без слов и жестов («рефлекс мнимой смерти», по Креч-меру). В том и в другом случае обычно имеет место вегетатив­ный симптомокомплекс: ребенок краснеет или бледнеет, иногда покрывается потом, дрожит мелкой дрожью (наподобие дрожи

при ознобе), иногда мочится и испражняется под себя. По исте­чении секунд, минут, редко часов это острое состояние прохо­дит, но обычно в ближайшую же за травмой ночь ребенок спит плохо, разговаривает во сне или просыпается в состоянии аф­фекта страха. Этот аффект сопровождается тем же вегетативным синдромом, что и в момент травмы. Из высказываний ребенка видно, что он воспроизводит моменты подействовавшей на него травмы: обороняется от нападающей на него собаки, жестами прогоняет «дядю» и т. д. .

В последующие за испугом дни и недели эти состояния но­чами повторяются. В бодрствующем состоянии ребенок также часто дает высказывания на тему случившегося. Нередко фак­тор, напугавший ребенка, воспроизводится в играх. Ребенок выс­казывает страх при виде травмировавшего его раздражителя или при виде аналогичного ему объекта или объекта, иногда лишь отдаленно его напоминающего. Так, страх перед ручным медве­дем, виденным на бульваре, генерализуется, и ребенок начина­ет бояться меховой горжетки, мехового воротника и т. д. Ребе­нок, напутанный пьяным отцом, начинает бояться вообще всех мужчин.

Постепенно в общем состоянии ребенка происходит види­мая перемена: он становится вялым, чрезмерно раздражитель­ным, без всякого повода плачет, уклоняется от игры с другими детьми. Падают аппетит и вес.

Наряду с этим в поведении ребенка появляется еще одна интересная особенность: формы его поведения начинают напо­минать таковые ребенка более раннего возраста. Ребенок в 3— 4 года становится беспомощным, как полуторагодовалое дитя, требует, чтобы взрослые брали его на руки, кормили с ложечки, отказывается от навыка опрятности. В речи появляются черты младенческого лепета, она перестает обогащаться новыми сло­вами. Ребенок непрерывно тянется к матери. Крут его интере­сов суживается.

Нередко картина болезни отягощается еще тем, что у ре­бенка в момент испуга или по выходе из состояния шока воз­никает ряд истерических симптомов: паралич или парез конеч­ностей, истерическая афазия, заикание, припадки и т. д.

Описанный психический статус находит свое классическое выявление в младенческом и дошкольном возрасте. В школьном и подростковом возрасте явления соскальзывания к более ран­ним формам поведения бледнеют; в общем же описанные исте­рические симптомы и возврат к пройденной фазе развития не

только наблюдаются на всех этапах жизни ребенка, но иногда повторяются и на следующих ступенях его развития. Правда, среди взрослых подобные формы реакций после шока чаще име­ют место у так называемых инфантильных личностей.

В качестве иллюстрации описанных состояний приведем сле­дующие случаи.

*Случай I.*

Рита В., 2 лет 10 месяцев, из семьи служащих. Наследственность нео-тягощенная. Темпы двигательного и интеллектуального развития нор­мальные.

Во время пребывания матери с ребенком в загородной местности в квартиру, где они находились, однажды неожиданно ворвались бандиты; мать с ребенком на руках была привязана к стулу, и бандиты собирались ее изнасиловать. Ребенок плакал и громко кричал: «дядя». Случайно во­шедшие люди помешали бандитам осуществить свое намерение. После случившегося у Риты в течение суток был полный паралич всех четырех конечностей и в течение 3 месяцев потеря речи — кроме слова «дядя», с которым Рита обращалась к бандитам, она не могла произнести ни одно­го слова. Ночами наблюдались явления pavor nocturnus: вскакивала среди сна, глаза были широко открыты, лицо бледнело, дрожала мелкой дро­жью, кричала «дядя». Поведение ребенка резко изменилось. Стала подав­лена, плаксива, беспокойна, не отпускала от себя мать, требовала, чтобы та кормила ее с рук. Не играла с детьми, сидела апатичная и вялая, игра­ла в одиночестве. Аппетит снизился, упала в весе. Через 3 месяца вос­становилась полностью речь. Через 6 месяцев все явления реактивного состояния, бледнея, постепенно сошли на нет.

Случай 2.

Нина Л., 2 лет 7 месяцев, из сильно отягощенной алкоголизмом и психопатами семьи.

Поступила в психопатологическое отделение НИИ по изучению ран­него детства по следующему поводу. Ребенок ночью был напуган пья­ным отцом, разбившим окно и грозившим побить мать. Сильно плакала и кричала. Была красная, с широкими зрачками. Наутро встала с паре­зом ножки. Сделалась тоскливой, много плакала. Со страхом говорила об отце, называя его «дядя». Боялась всех встречавшихся ей мужчин. Стала проявлять исключительную привязанность к матери. Появилась, как это было год назад- ревность в отношении маленького братишки. Парез, продержавшись сутки, прошел. В клинике подавлена, тосклива, заторможена, вяла. Охотно играет около детей, но в шумных играх уча­стия не принимает. В играх воспроизводит перенесенную травму. Бе­рет игрушечного «мишку» и говорит ему: «Мы с тобой бедненькие, боль­ные, напуганные. Отец у нас пьяный». Ночью боится остаться одна в

комнате, требует присутствия руководительницы. Во сне кричит: «Дядя, боюсь», зовет мать. Это состояние, постепенно бледнея, прошло через 4 месяца.

В приведенных двух случаях, как мы видим, налицо вся кар­тина реакций испуга.

В острой стадии наблюдаются истерические явления пара­лича, пареза, потери речи, pavor nocturnus с воспроизведением имевшей место травмы; травмирующий момент отражается в иг­рах и высказываниях ребенка. Наряду с этим изменение всего поведения ребенка в целом, соскальзывание его по формам сво­его поведения на более низкую возрастную ступень.

Психотическое состояние при условии устранения трав­мировавшего ребенка фактора постепенно сходит на нет.

Во втором случае реакция испуга была осложнена конфликт­ным переживанием Ниночки. Любимый ею отец должен был стать ей чужим «дядей», которого она боится и избегает. Отсю­да и довольно глубокое состояние тоскливости, затянувшееся на более долгий срок, чем все прочие симптомы, имевшие значи­тельную аффективную насыщенность.

*Патогенез* острых реактивных состояний описанного типа еще не совсем ясен. Состояния шока вызваны, по-видимому, выключением коры мозга из-за обусловленного травмой аффек­та. Получаются реакции «подкоркового характера», «двигатель­ной бури» и «рефлекса мнимой смерти», сопровождающиеся ве­гетативным симптомокомплексом.

Появление истерических симптомов, истерических парали­чей с невропатологической точки зрения могут быть объяснены тем, что кора мозга теряет способность управлять двигательны­ми функциями ребенка. Психоаналитическая школа говорит о вытеснении «представления травмы и о направлении аффекта, это представление питавшее, по иному руслу», «аффект теперь как бы питает истерический симптом».

Последующее поведение ребенка (соскальзывание на более примитивную ступень поведения) свидетельствует опять-таки о выключении тормозящей роли коры головного мозга, в силу чего на смену появляются филогенетически старые формы реакций.

Факторы, травмирующие ребенка, как мы уже сказали, мо­гут быть очень различны. Основным условием патогенности раз­дражителя являются его новизна для ребенка и неожиданность его возникновения.

У младенцев вслед за раздражителями непосредственно сле­дует реакция. У более старшего ребенка начинает появляться промежуточное звено: «психическая переработка» раздражите-

ля и учет степени его опасности. Благодаря появлению способ­ности оценки качеств, свойств, эффективности раздражителя многие устрашавшие ребенка факторы теряют свою патогенность.

Два ребенка 3 и 3'/а лет слышат громкие раскаты грома. Один дрожит от страха, бледнеет (в последующие дни просыпается с кри­ком: «Боюсь, гром», днем со страхом смотрит на небо), другой во время раскатов спокойно говорит: «Что ты боишься, ведь это элек­тричество», как бы снимая опасность грома этим определением.

С другой стороны, отсутствие способности к психической переработке обусловливает легкость реакций на стихийное бед­ствие, например землетрясение в Крыму (сентябрь 1972 г.), у де­тей и тяжесть переживания катастрофы у подростков и взрослых. Дети не осознавали сущности и последствий катастрофы и реа­гировали скорее на шум падающей стены и испуг взрослых, чем на космический феномен как таковой; подростки же и взрослые, учитывая степень опасности, давали гораздо более яркие реак­ции испуга.

*Течение и исход.* Хотя детская психика и более ранима, и легче дает реакцию на острый испуг, но она же и более элас­тична и обладает более богатыми возможностями восстановления.

Заболевают неврозом испуга дети самых разнообразных характеров: психопаты и совершенно нормальные дети. У пос­ледних обычно излечение более быстрое и истерические симп­томы более редкие. Отсутствие повторения раздражителя, пе­ремена обстановки, спокойное отношение взрослых к состоянию ребенка гарантируют благополучный исход заболевания и от­сутствие длительной фиксации ребенка на своих симптомах. Чрезмерное же волнение и внимание, проявляемые окружаю­щими, импонируют ребенку, и он стремится удержать их воз­можно более долгое время. Такая установка ребенка, разумеет­ся, поддерживает симптом.

Механизм излечивания упомянутых реакций состоит в основ­ном в постоянном изживании ребенком пережитой травмы в про­цессе высказываний, игры, в сновидениях. Так, Ниночка Л. игра­ет с мишкой, а позднее с соседским ребенком «в семью», где пья­ный отец приходит домой, и она его укладывает спать. Она охотно много и долго сама говорит с врачом на тему о случившемся.

Другой ребенок, 6 лет, травмированный землетрясением, дол­го воспроизводил его в играх.

Можно было наблюдать день за днем, как вегетативный симптомокомплекс, сопровождавший вначале эти высказывания, постепенно угасал. Но не всегда травмированные дети идут пу­тем изживания травмы. Иногда они избирают путь вытеснения

S73

происшедшего; этот путь прогностически неблагоприятен, ибо в таких случаях обычно длительно сохраняются истерические сим­птомы.

Нам известен случай семилетнего ребенка из Италии, кото­рый в школе был напуган детьми фашистов. Последние приго­ворили его к казни «как большевика» и хотели выбросить из окна. Несчастье было предупреждено взрослыми. Ребенка увез­ли в Швейцарию. Он, прекрасно владевший итальянским язы­ком, «забыл» его совершенно. Ясно, что здесь имело место вы­теснение представления о тяжелой травме и последнее распро­странилось и на итальянский язык (истерическое вытеснение).

Темп излечивания в лечебном учреждении обычно значитель­но быстрее, чем в домашней обстановке, где все же известная доля волнения и беспокойства взрослых поддерживает симптом.

*Лечение* реакций испуга должно идти по линии помощи ребенку в изживании, а не вытеснении данного события. Поэтому столь часто встречающееся стремление взрослых избегать говорить о травме, щадя ребенка, должно быть безусловно признано ошибоч­ным. Наоборот, взрослым следует в очень спокойном тоне поддер­живать разговоры ребенка о травмировавшем его раздражителе и, даже если у ребенка нет тенденции вести эти беседы, полезно его на это провоцировать. Обычно это делается врачом-психотерапев­том в часы определенных психотерапевтических бесед.

В беседах важна тенденция снять со случившегося эпизода привкус чего-то особенного, исключительного, для чего ребенку рассказывают об аналогичных событиях из жизни других детей. Если испугавший ребенка раздражитель, например бросившая­ся на него собака или собака вообще, продолжает в дальней­шем возбуждать у него страх, не следует ни в коем случае при­нуждать ребенка преодолевать его, убеждая в безопасности раз­дражителя. Если ребенок боится испугавшей его собаки, было бы ошибкой даже после предварительных объяснений подводить к нему собаку. Полезно самой матери или воспитательнице по­гладить собаку, покормить ее, подвести к ней других, не пугаю­щихся ее детей, прочесть рассказ о собаке, где нет никаких ус­трашающих моментов и т. д. Постепенно ребенок сам подойдет к собаке, сполна изжив свой страх. Точно так же на первых порах приходится мириться с тем, что ребенок боится быть один в комнате ночью, но лицу, присутствующему при засыпании, следует постепенно отодвигаться все дальше от кроватки ребенка. Прекрасным успокаивающим средством являются теплые ван­ны (37—38°); на ночь иногда рекомендуется также применение препаратов валерьяны.

*Профилактика* сводится к устранению неожиданных, могущих оказать устрашающее действие раздражителей из поля воспри­ятия ребенка, к постепенному и широкому ознакомлению его с окружающей реальностью. Очень важно полное отсутствие уст­рашающих методов воспитания, чтобы создать у ребенка поло­жительную направленность на окружающую реальность.

**Реактивные состояния, вызванные травмирующей ситуацией**

Эти состояния встречаются очень часто на всех эта­пах жизни ребенка. В основном они близки к только что опи­санным. Здесь выключена лишь первая стадия шока, или она резко ослаблена, ибо действие травмирующего характера обыч­но не так молниеносно, как в случае травмы.

В реактивных состояниях, возникших под влиянием травми­рующей ситуации, мы наблюдаем обычно те же состояния уг­нетенности, подавленности, повышенной возбудимости, раздра­жительности с дальнейшим изменением всего поведения в це­лом в смысле возвращения к более низкой ступени развития (тот же отказ от навыков самостоятельной еды, одевания, оп­рятности) .

Аффективная насыщенность депрессивного состояния, осо­бенно в школьном и подростковом возрасте, нередко очень силь­на. Возможны суицидальные тенденции и даже попытки само­убийства. Там и здесь в картину болезни вкраплены отдельные истерические симптомы.

Самые *ранние* реактивные состояния наблюдались нами в возрасте нескольких месяцев при даче младенцу прикорма. Ре­бенок, обычно сильно привязывающийся к груди как к источни­ку питания и тепла и как к месту, около которого он получает максимум ласки, сердито отворачивается от прикорма, тянется к материнской груди; сон его становится беспокойным и пре­рывистым, ребенок долго, часами, в течение ряда дней раздра­женно кричит и плачет.

Очень часто как остаточное явление после описанного со­стояния сохраняется отказ ребенка от всякой твердой пищи. Даже в возрасте 2—3 лет встречались дети, принимавшие лишь жидкую пищу и отвергавшие всякую мало-мальски твердую пищу. Довольно часто в раннем детском возрасте наблюдаются реактивные состояния, связанные с отнятием ребенка от груди. Возникая в момент отлучения от груди матери, они протекают в

**ВТК**

следующей форме: ребенок становится беспокойным, раздражен­ным, все время, если он на руках у матери, делает попытки взять ее грудь, почти не спит ночью, пронзительно кричит, вытя­гивается, напрягает мускулы, опрокидывается назад всем кор­пусом, отворачивается от предлагаемой ему пищи; попытки кор­мить часто заканчиваются рвотой. Обычно такое состояние длится несколько дней и постепенно проходит, но в качестве остаточ­ного симптома нередко надолго сохраняются расстройство ап­петита и рвоты. В возрасте от 1!/2до 2V2—3 лет очень часто наблюдаются реактивные состояния, особенно у единственных детей, в связи с помещением в ясли, группу или стационар. Ре­бенок с трудом отрывается от матери, неохотно остается в уч­реждении, плачет при разлуке, играет в стороне от детей, избе­гая их или обороняясь от них, когда те пытаются вступить с ним в контакт; отказывается от еды, мочится и испражняется под себя; бледнеет, заметно падает в весе. Длительность таких состояний колеблется в зависимости от подхода к ребенку от нескольких дней до недель. Мы знаем случаи, когда ввиду рез­кого истощения ребенка приходилось даже временно брать его из яслей домой.

В период 2'/2 —5 лет очень часты реактивные состояния, свя­занные с конфликтными взаимоотношениями ребенка из-за по­явления в семье второго ребенка. Очень часто взрослые не подготавливают ребенка к ожидаемому событию, ребенок сразу сталкивается с фактом разлуки с матерью, когда та уходит в родильный дом, и с появлением малыша, властно заявляющего свои права на значительную долю того внимания, которое до сих пор нераздельно принадлежало ему.

Первая непосредственная реакция ребенка — это агрессия. Он толкает, бьет, кусает малыша, говорит матери: «Унеси, выб­рось, отдай, не нужен он нам» и т. д.

Агрессия распространяется и на мать, ибо ребенок начина­ет ревновать ее к малышу. Он бьет ее, предъявляет ей самые разнообразные требования. Становится нарочито беспомощным, требует, чтобы его брали на руки и возили в колясочке, а «ма­лыш может ходить ножками». Просит, чтобы ему мать дала «сво­его молочка». Отказывается есть сам, требует, чтобы его корми­ли с ложечки, становится неопрятным. Нередко появляется ряд истерических симптомов (анорексия, заикание и т.д.). Сон ре­бенка становится очень тревожным. Агрессивные тенденции про­тив малыша и матери создают у ребенка настроение подавлен­ности и чувство вины; последнее обусловливает собой устраша- , ющие сновидения, где он получает должное «возмездие». *Со-*

стояние изживается постепенно. Быстрота изживания стоит в тесной зависимости от окружающей ребенка среды.

Нередки также реактивные состояния, связанные с сексу­альными травмами ребенка, полученными при виде coitus роди­телей. Став свидетелем coitus, ребенок воспринимает обычно его со смесью страха и любопытства. Начинает с этого момента под­глядывать за родителями, смутно в то же время ощущая, что он делает что-то недозволенное. Несведущий в сексуальном вопро­се, питаемый только сказками «об аистах», «покупке младенцев» и т. д., он ищет источник знаний у товарищей на улице.

Получив их часто в извращенной форме и восприняв как нечто грязное, ребенок теряет уважение к родителям и начина­ет относиться к ним амбивалентно, а тем самым и конфликтно. Кроме того, coitus может сексуально возбудить ребенка и выз­вать в нем влечение к онанизму.

В преддошкольном возрасте вообще очень часты конфликт­ные взаимоотношения ребенка со средой. Иногда они являются тем фоном, на котором особенно легко возникают реактивные состояния, иногда сами они служат прямым поводом для воз­никновения таких состояний. Возраст 3—4 лет является перио­дом первого криза, когда в ребенке пробуждается в связи с ро­стом его моторных возможностей стремление выявить свое «я», противопоставить свою личность окружающей среде, в ней осу­ществить свое влечение к активности и самостоятельности. Бла­годаря тому, что окружающие ребенка взрослые часто препят­ствуют ему выявить в должной степени его новые стремления, ставя на их пути различные тормоза, конфликты со средой в этой фазе развития возникают особенно легко, и реакции ре­бенка насыщены протестом, упрямством, негативизмом («Trotz-reaction» немецких авторов).

В дошкольном и школьном возрасте очень часты реактив­ные состояния, связанные с семейными конфликтами. Неполад­ки в семейной жизни родителей уже не могут проходить мимо ребенка. Они втягивают его во взаимоотношения отца с мате­рью, требуют в той или другой форме его участия. Дети стано­вятся на сторону того или другого родителя (последние неред­ко, в свою очередь, стараются перетянуть ребенка каждый на свою сторону). В его прежде целостное отношение к ним вкрадываются разлад, амбивалентность, зарождается конфликт. Непрерывно питаемый новыми раздражителями, конфликт яв­ляется той травмирующей ребенка ситуацией, которая создает у него реактивное состояние. Он становится угнетенным, аф­фективно лабильным, то повышенно внимательным к близким,

то раздраженным, агрессивным, упрямым, менее активным в работе, ибо он постоянно отвлечен своими переживаниями и поле его сознания значительно сужено. Падает аппетит, ребенок блед­неет, теряет в весе.

В подростковом возрасте, являющем собой новый криз, кон­фликты ребенка с окружающей его средой и самим собой ста­новятся еще ярче.

В этом периоде с большей силой пробуждаются новые вле­чения ребенка. Во многом перестраивается его миросозерцание. Половое созревание часто сопровождается появлением дисгар­моничности в психике подростка. Окружающие ребенка-подро­стка лица не всегда отдают себе отчет в том, что происходит с подростком, и это обстоятельство является источником многих конфликтных ситуаций. Грубость и резкость подростка, его по­вышенный сексуальный интерес, амбивалентность, упрямство и негативизм в отношении взрослых, иногда даже появление лжи и склонности брать чужие вещи — все это нередко вызывает со стороны окружающей ребенка среды целую бурю возмущения и негодования.

В этот период в реактивных состояниях подростка немалую роль играют его сексуальные травмы и переживания. Соскаль­зывание на более низкую возрастную ступень по формам пове­дения имеет место и здесь.

Приводим два примера реактивных состояний разных воз­растных групп.

Случай /.

Илюша Р., 6'/а лет. Родители ребенка — научные работники. Тем­пы двигательного и интеллектуального развития нормальны.

Мать обратилась в детскую амбулаторию психиатрической клини­ки 1-го ММИ с жалобой на то, что Илюша с момента рождения своего брата (которому сейчас около года) переживает какое-то болезненное состояние. Проявляет очень резкую агрессию к братишке, бьет его, стал амбивалентным к матери. Наряду с нежной заботой к ней, когда она больна, проявляет в отношении ее негативизм, упрямство и агрессию. Ревнует ее к братишке: «Ты ему сделала красивые глаза, а мне плохие», «У него зубы лучше, чем у меня» и т. д. Требует, чтобы его возили в колясочке: «Я маленький, а малыш может ходить». Постоянное его на­строение злобно-возбужденное. В играх проявляется агрессия: «стреля­ют»—«убивают». Телосложение атлетическое. Патологических симпто­мов, кроме яркой игры вазомоторов, нет.

Мать отмечает, что ребенок переживает такое состояние второй раз. Первый раз это было тогда, когда ему минуло 1'/3года и родился вто-

рой ребенок, через год умерший от туберкулезного менингита. В мо­мент, когда Илюша впервые увидел его на руках у матери, он ударил его лопаткой, крича: «Выброси его». Прежде спокойный и жизнерадост­ный, очень активный энергичный ребенок стал возбужденным, агрес­сивным, упрямым, как и теперь. Так же был фиксирован на матери. Не отходил ни на шаг, ночами звал мать: «Где ты?». После смерти брата сделался прежним, не доставлявшим никакого труда в отношении вос­питания ребенком. Был таковым до 5'/2 лет.

Реактивное состояние, выявлявшееся в перманентно агрессивной установке и в состоянии злобной напряженности, было налицо. Оно имело место второй раз, будучи в 3 года снято в связи с исчезновени­ем источника раздражения.

*Status praesens.* В контакт с врачом не вступает. На всякую попыт­ку заговорить с ним реагирует агрессивно: толкает врача ногами, плюется, бьет кулаками. Совершенно не позволяет матери говорить с врачом. Его возбуждение переходит тогда всякий предел: отчаянно ругается, бьет врача и мать. На лице яркая вазомоторная реакция покраснения.

*Случай 2.*

Леля П., 11 лет, из рабочей среды. Приведена на невропсихиатри-ческий прием единого диспансера с жалобами на снижение успеваемо­сти в силу рассеянности и ослабления интереса к учебе. (Случай д-ра В. П. Кудрявцевой.)

Анамнез показал следующие данные. Наследственность по отцовс­кой линии (отец умер в молодости от тифа) неизвестна. Мать неурав­новешенная, замкнутая, обидчивая женщина. В ее семье выраженный алкоголизм. Темпы развития девочки были нормальны. По характеру все детские годы общительная, веселая, ласковая, легко привязывающаяся к людям девочка. В жизни ребенка в lVaroAa произошла перемена: по­явился отчим. В семье больше детей не было. Отчим всегда относился к ребенку как к своему, и девочка платила ему тем же. При поступле­нии в школу ребенок обнаружил хорошие способности и учился до пос­леднего времени хорошо. Месяц назад мать находилась в больнице по поводу какого-то гинекологического заболевания. Ночью к спящей де­вочке подошел отчим и разбудил ее своими непривычными для нее лас­ками. Девочка испугалась, но не поняла смысла происшедшего и рас­сказала об этом девочке-соседке 15 лет, посоветовавшей ей спать в шта­нишках и объяснившей ей значение этих ласк. На другую ночь отчим взял девочку к себе в кровать и сделал попытку изнасилования, кото­рая не удалась, так как девочка начала кричать.

С тех пор между девочкой и отчимом установились неестествен­ные отношения. Отчим приносил ей много подарков, был очень ласков

<V7Q

с ней, а иногда, наоборот, раздражался и был насмешлив, особенно при чужих. Попыток к близости не возобновлял. Девочка стала избегать с ним оставаться, держалась резко отчужденно, перестала его слушать­ся. Такие отношения застала мать по возвращении из больницы. Не зная причины, она стала упрекать девочку за то, что та немотивированно груба с отчимом и делает ему все «рывком», неохотно. В школе появи­лись жалобы на то, что ребенок потерял интерес к занятиям, стал зам­кнут, задумчив и напряжен. Все раздражало, хотя вспышек гнева со­всем не давала, только по лицу пробегала «гримаса» недовольства. В классе не слушала на уроках, отказалась от участия в школьном спек­такле, хотя раньше успешно декламировала и участвовала в пластиче­ских упражнениях. Стала уединяться, подруги как-то само собой ото­шли от нее. Сильно похудела, под глазами легли синие тени. Мать от­мечала тревожный сон, Резкое обращение с отчимом рассердило мать, и когда последняя упрекнула в этом девочку, та в присутствии отчима рассказала о происшедшем.

На приеме была почти недоступна, лишь во время третьей беседы заплакала и сказала, что «он мне больше не отец». Спустя год в поряд­ке диспансеризации была вновь на приеме. Из школы жалоб больше не поступало, успевала хорошо, вернулась прежняя активность. Скрыт­ность же и сниженная контактность прочно вошли в структуру ее лич­ности. Отчим совершенно прекратил приставание к ребенку, но пре­жние отношения не наладились.

Формы реактивного состояния в значительной мере зависят от того фона, на котором они возникают. У циклотима они идут по линии подавленности; у шизоида основным моментом являет­ся еще более глубокий отход от реальности; у эпилептоида они идут по пути выявления агрессии, как это имело место в первом приведенном нами случае, и т. д. В реактивном состоянии мы находим как бы углубление свойственных ребенку характероло­гических свойств и доведение их до степени патологии.

*Дифференциальная диагностика* довольно легка, ибо связь с травмирующей ситуацией, заполнение сознания содержанием этой ситуации обычно сразу определяют собой характер заболевания.

Затянувшиеся случаи могут напоминать собой психопатию, но установление факта, что когда-то ребенок был иным, решает вопрос диагноза. Дифференциальная диагностика в затянувшихся случаях с патологическим развитием личности почти невозмож­на, ибо здесь мы имеем переход психопатологического состоя­ния в патологическое развитие.

*Патопсихологические механизмы* в случаях реактивных со­стояний сводятся в основном к тому, что конфликт со средой

или с самим собой порождает агрессию, которая направляется либо вовне, на людей, явившихся источником конфликта (упрям­ство, негативизм, агрессивные акты), либо на самого себя {не­довольство собой — идеи самообвинения, депрессия, тенденция к самоубийству), либо та и другая формы агрессии смешиваются друг с другом. Соскальзывание на более низкую ступень и ис­терические проявления, встречающиеся в этих состояниях, имеют то же происхождение, что и описанные в разделе реактивных состояний на почве испуга — выключение в значительной мере контроля коры благодаря аффекту. Кроме того, это соскальзы­вание на ступень раннего детства знаменует собой также уход от реальности в ту пору, когда ребенок был в центре забот, вни­мания и опеки.

*Причины* реактивных состояний крайне разнообразны. С воз­растом ребенка обычно растут конфликты внутреннего порядка, ибо растет способность ребенка критиковать и оценивать само­го себя, растут его требования к самому себе.

В периоды возрастных кризов (3—4 года, 7—8 лет, 14—16 лет) заметно усиливаются конфликты со средой, ибо на этих эта­пах своего развития дети особенно трудны для окружающих сво­им поведением.

Значимость потери близких лиц растет с возрастом ребен­ка; в младенчестве она сравнительно невелика. Маленькие дети быстро забывают даже остро пережитые потери. Зато кажуща­яся потеря привязанности любимого объекта может быть, на­оборот, очень велика в младенчестве, когда ребенок сильно фик­сирован на семье.

Заболевают реактивным состоянием как дети-психопаты, осо­бенно астенического круга и шизотимы, так и нормальные дети.

*Исход* реактивных состояний, как правило, благоприятный. Там, где причины неустранимы (потеря близких лиц), аффект постепенно ослабевает в своей насыщенности, особенно если правильный подход к ребенку создает пути переключения. Кон­фликты со средой и с самим собой подлежат устранению, и цель врача — реализовать эту задачу путем воздействия на среду и на ребенка. Там, где это показано, необходимо изъять ребенка из окружающей его среды. Особенно легко изживаются вне домаш­ней обстановки те состояния ребенка, которые связаны с чрез­мерной фиксацией последнего на семье. Решающим фактором является своевременное переключение ребенка на коллектив.

При неправильном подходе взрослых истерические симпто­мы в реактивных состояниях могут зафиксироваться и сопро-

вождать ребенка долгие годы его жизни (например, истеричес­кая анорексия, отказ от твердой пищи, заикание и т.д.). Если же травмирующая ребенка ситуация длительный срок не изжи­вается, можно наблюдать, как все развитие личности ребенка пойдет по другому, патологическому руслу: получается то, что называют «патологическим развитием личности».

В некотором, правда очень незначительном, проценте слу­чаев детские реактивные состояния могут привести ребенка к самоубийству.

Осуществление детьми влечения к самоубийству р.едко бывает заранее обдуманным. Чаще всего они катастрофично неожиданны под влиянием сильного аффекта по типу короткого замыкания.

По данным Гомбургера, чаще всего встречаются самоубий­ства в форме прыжка в окно и повешения. По нашему матери­алу, самые ранние попытки к самоубийству были в 3'/2 года (в аффекте гнева пытался затянуть себе петлю вокруг шеи) и в 6 лет (девочка, впоследствии в И лет заболевшая шизофренией, хотела повеситься, боясь, «что мама умрет с голода»; в семье были перед этим разговоры о материальных недостатках).

В том и в другом случае реакция протекала по типу корот­кого замыкания.

*Лечение реактивных состояний.* Там, где возможно,— уст­ранение причины, изменение вызвавшей заболевание внешней или внутренней ситуации ребенка. Как мы уже говорили, в ряде случаев ребенка приходится направлять в стационар. Подход в разных случаях индивидуализируется. Например, в случае ран­них реактивных состояний при даче прикорма с последующим отказом от всякой пищи, по консистенции разнящейся от моло­ка, рекомендуется постепенно делать прикорм все более и бо­лее густым, сглаживая тем самым силу контраста. В случаях ре­акции на отнятие от груди рекомендуется отъезд матери на не­сколько дней, ибо она как источник раздражения поддеРживает интенсивность реакции ребенка. При конфликте ребенка в свя­зи с появлением в семье другого ребенка необходимо переклю­чение первого на коллектив, расширение круга его интересов. Параллельно этому необходим строгий контроль над отношени­ем матери к ребенку. Внимание ему должно временно уделяться не только не в меньшей, но даже в большей степени, чем мла­денцу, дабы уничтожить всякий повод к ревности. Кроме того, следует сделать его помощником s уходе за малышом, что обыч­но импонирует самолюбию ребенка.

Всякое сравнение детей, производимое в пользу малыша, дол­жно быть абсолютно исключено.

О подходе к детям, переживающим реактивное состояние в связи с отрывом от семьи и помещением в детский коллектив, нами уже говорилось при описании enuresis nocturna. При на­личии сексуальной травмы из-за увиденного ребенком coitus, в связи с сексуальной игрой более старших или однолеток или в связи с извращенным сексуальным «просвещением» товарища­ми необходимо прежде всего вместо извращенных уродливых представлений по сексуальному вопросу дать ребенку достаточ­но четкие и правильные. Замалчивание здесь являлось бы не­простительной ошибкой.

Классическим примером эффективности такого подхода яв­ляется следующий случай.

Люда И., 7 лет. Мать в большом волнении обратилась в психиатри­ческую амбулаторию 1-го ММИ по поводу того, что у ее ребенка по­явилась «странная» навязчивость. Во всех предметах она видит мужс­кие и женские половые органы. Берет ручку, карандаш, иголку и гово­рит по-детски название члена, берет пуговицу, чернильницу, кольцо и тут же прибавляет название женского органа. Далее берет ручку, вста­вляет в кольцо и делает соответствующий комментарий: называет по­ловой акт. Когда при ней произносили слова «конфетка», «таблетка», она прибавляла тут же «проститутка». Мать сообщает, что она всегда старалась «ограждать» девочку от дурного общества и разрешала ей дру­жить только с девочкой из известной «хорошей, интеллигентной семьи». И та как раз несколько дней назад «просветила» ее, познакомила с сущ­ностью полового вопроса в извращенном виде. Через сутки у ребенка появилась навязчивость. До этого момента Люда никаких трудностей в поведении не представляла — всегда была живым, активным, синтонным ребенком.

Нами прежде всего была инструктирована мать, шокирован­ная до подавленности неожиданным поведением своей дочки. Ей было запрещено в какой бы то ни было мере останавливать де­вочку (мать все эти дни ее без конца усовещевала). С ребенком были проведены всего дне беседы, в которых ей было объяснено, что ее подруга рассказала ей не все так, как бывает в жизни, и что врач хочет исправить ее ошибку. Девочка слушала, вначале смущаясь, затем уже спокойно и с интересом, задавая вопросы. После этих бесед навязчивость пропала. Никаких отклонений от нормы в протяжении ближайшего года наблюдения ребенок не представлял. Никакого повышенного интереса к вопросам сексу­ального порядка Люда за это время не проявляла.

*Лечение.* В случаях наличия конфликта в семье необходимо вскрыть его в процессе психотерапии, выявив аффективное от­ношение ребенка к обоим родителям, и помочь ребенку вырабо­тать бесконфликтную установку в отношении данной ситуации. При разрешении конфликтов ребенка с самим собой бывает иногда необходима большая работа с близкими, ибо под их вли­янием создаются у ребенка те идеалы поведения и требования, следовать которым иногда ему не под силу и измена которым создает внутренний разлад.

Школьные конфликты разрешаются обычно при помощи пе­дагога, педолога школы, где учится ребенок, а очень часто и при участии пионервожатого того отряда, в котором состоит ребенок. Всем упомянутым лицам, а также ближайшим родственникам ребенка указывается индивидуальный подход к нему.

Одновременно необходимо энергичное вовлечение ребенка в участие в школьных общественных организациях, дабы, уси­лив его общественную и коллективную направленность, осла­бить его фиксацию на личных переживаниях.

Связь психотерапевта, лечащего школьника, с семьей, шко­лой, пионервожатым должна быть очень тесной, ибо только тог­да может быть достигнута настоящая психотерапевтическая эф­фективность.

Психотерапевтические беседы с ребенком в процессе лече­ния реактивных состояний занимают видное место. Браться за них можно, лишь хорошо зная методику их ведения.

*Первая* стадия работы: расположить к себе ребенка, сделать себя нужным ему, занятия — приятными и желанными.

*Вторая:* вскрыть сущность конфликта ребенка (эта стадия имеет уже терапевтическое значение — ребенок, вскрывая со­держание конфликта, частично снижает интенсивность своего аффективного напряжения).

*Третья:* дать ребенку установку, разрешающую его конфликт­ную ситуацию.

Для детей 2—5 лет наиболее пригодна игровая методика. Психотерапевт в процессе своей игры с ребенком вскрывает в его игровых действиях и высказываниях сущность конфликта и частично тут же в игре намечает пути его разрешения. Для де­тей 6—9 лет очень хорош метод рисования. Ребенку дают бума­гу, карандаши, краски и предлагают ему рисовать все, что ему захочется. Если ребенку не хватает его изобразительных спо­собностей, психотерапевт может сам рисовать ребенку все, что тот захочет. Наблюдая и изучая процесс творчества ребенка, пси­хотерапевт легко получает нити к вскрытию его конфликтов.

С 10—11 лет можно вести планомерные беседы с ребенком, но и здесь использование изобразительных способностей ребенка никогда не будет излишним.

В качестве полезных дополнительных мероприятий можно рекомендовать гидротерапию и лечебную ритмику, прекрасно тонизирующую и одновременно успокаивающую ребенка.

Обязательным является общее укрепляющее лечение (желе­зо, кальций, фосфор) и т. д.

*Профилактика* реактивных состояний. Есть ряд травмиру­ющих факторов (потеря близких лиц), устранить которые из сфе­ры действия на ребенка невозможно. Но и здесь можно создать условия, при которых эти факторы действуют менее патогенно. Эти условия — коллективное воспитание, вывод ребенка за тес­ные рамки семьи и личных взаимоотношений в товарищескую коллективную среду. Личное при существовании этих условий становится менее актуальным. Семья с ее сугубо субъективным подходом к ребенку, обычно методически недостаточно подго­товленная, часто, как мы видели, сама дезорганизует поведение ребенка, навязывая ему свои собственные конфликты.

Коллективное же воспитание (при условии хорошо подго­товленного педагога-воспитателя, имеющего постоянную помощь педолога и психоневролога) с учетом всех психофизических, ин­дивидуальных и возрастных особенностей ребенка является луч­шей профилактикой реактивных состояний.

В системе этого воспитания необходимо своевременное оз­накомление ребенка в процессе освоения им всех явлений ре­альности и с вопросами сексуального порядка (различием по­лов, деторождением, ролью отца и т.д.). Ознакомление со всеми этими вопросами должно происходить в порядке ответа на по­степенно возникающие у ребенка недоумения. Основное прави­ло: отвечать просто, деловито, без тени смущения, удовлетворяя любознательность ребенка, но не торопясь ему разъяснять то, о чем он пока не спрашивает.

**ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА**

Состояния, известные как патологическое развитие лич­ности, приводятся Ганнушкиным в главе «Динамика психопатий». Мы же считаем, что эти психопатологические состояния могут развиваться под влиянием дурно организованной среды и у нор­мального ребенка, а потому и описываем их в разделе психо-генно обусловленных явлений.

585

Понятие «патологическое развитие» личности ребенка пред­полагает стойкое изменение последней, имеющее место в связи с рядом непрерывно друг за другом следующих психогенных раздражителей и ситуаций.

Какова связь патологического развития и психогенной ре­акции или шока?

При «патологическом развитии» личности ребенка происхо­дит как бы фиксация ряда явлений, описанных в главе об ост­рых психогенных реакциях. Патологические реакции, вызван­ные действием травмирующего фактора или ситуации, стано­вятся привычными формами поведения ребенка.

Понятие патологического развития личности в детской психопатологии почти не применялось до последнего времени. Между тем в детском возрасте явления патологического разви­тия могут возникать очень легко и часто. Правда, с одной сто­роны, мы знаем, что детская психика очень эластична и, выве­денная из состояния равновесия, сравнительно быстро в него возвращается, с другой же стороны, «отрицательные условные рефлексы» закрепляются особенно легко и быстро именно в дет­ском возрасте.

Если мы рассмотрим патологическое развитие личности ре­бенка в динамическом разрезе, то увидим, что наиболее благо­приятной фазой для возникновения этого синдрома является са­мая заря развития ребенка — возраст 2—4 лет. Мы уже неодно­кратно упоминали о том, что в период этого первого возрастно­го криза личность ребенка в результате ряда биологических пер­турбаций дает значительный скачок в своем психическом рос­те, проявляет небывалую до сих пор интенсивность влечений и стремлений и наиболее легко вступает в конфликт с окружаю­щей средой, давая вначале ряд патологических реакций, позднее перерастающих в силу постоянной повторяемости в «патологи­ческое развитие личности ребенка». Вторым благоприятным для патологического развития моментом является пубертатный пе­риод с его новой волной ощущений и переживаний, легко со­здающих конфликтные ситуации для ребенка.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ТИПЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА**

**Астеническое развитие** мы имеем тогда, когда до поры до времени активный, инициативный, живой, следовательно, до­статочно стеничный ребенок под влиянием ряда травмировав­шее

ших его психику моментов или ситуаций дает необычайный рост своего астенического ядра (в той или другой мере оно обычно свойственно каждому), становится пассивным, нерешительным, робким, застенчивым, легко смущающимся, недоверчивым. В дет­ском коллективе такой ребенок обычно моторно неловок, не уме­ет найти нужной линии поведения, не знает, как ему себя дер­жать. В новых неожиданных положениях совершенно теряется, тормозится в проявлениях всякой активности, дает живую игру вазомоторов и дрожь (вегетативный симптомокомплекс). Особен­но часто у детей с астеническим развитием образуются навяз­чивые опасения опоздать в школу, не ответить урок; они много раз переписывают тетрадь, чтобы там не было ни одной кляк­сы, встают в 5 часов, чтобы прийти вовремя на урок, и т. д.

Шаг за шагом у ребенка с астеническим развитием нарас­тает чувство своей недостаточности (адлеровские механизмы). Последние, в свою очередь, рождают постепенный отход от кол­лектива, в котором дети также всегда чувствуют себя «пасын­ками». Но так как ребенку трудно мириться с таким самочув­ствием, он нередко компенсирует и гиперкомпенсирует чувство своей недостаточности, проявляя при очень низкой глубинной самооценке развязность, самоуверенность и т. д.

Астеническое развитие получается обычно в условиях по­давления ребенка авторитетом и властностью поведения роди­телей и окружающих.

**Истерическое патологическое развитие личности ребенка** имеет место тогда, когда окружающая его среда не удовлетво­ряет часто ею же культивированную потребность ребенка во внимании, оценке и любви.

В этих случаях ребенок соскальзывает к уже пройденным этапам своего развития (регресс), становится беспомощным, тре­бует, чтобы его в 5—6 лет кормили с ложечки, носили на руках, в 9—10 лет одевали, умывали, защищали от нападения детей. Начинает говорить детским лепетом, часто бывает неопрятен ночью и даже днем. Возвращается интерес к уже оставленным игрушкам.

Привязанность к матери и отцу вырастает до небывалых раз­меров. Нередко развиваются разнообразные истерические яв­ления, обычно носящие у ребенка характер громоздких «моно­симптомов».

Смысл такого развития — возвращение к тем этапам жизни, которые характеризовались большим вниманием к ребенку со стороны взрослых.

.S87

Дети с истерическим развитием носят в течение всего сво­его жизненного пути печать «детскости», «незрелости», «психи­ческого инфантилизма», перенося обычно эти черты и во взрос­лый период жизни, и стареют, не достигнув должной ступени психического созревания. Чувство этой незрелости, психичес­кой несостоятельности рождает в них непрерывное чувство не­полноценности, ведущее к повышенной потребности в положи­тельной оценке своей личности.

**Шизоидное** развитие личности ребенка имеет место в тех случаях, когда не удовлетворяющая и раздражающая в силу тех или иных условий реальность побуждает ребенка реагировать на нее отходом, замыканием в себе.

Ребенок все более и более погружается в созданный им мир, часто расцвеченный у творчески одаренных детей богатой фанта­зией. Последняя нередко реализует все то, что не удалось осу­ществить в реальности, и нивелирует значимость тех раздра­жителей, которые травмируют ребенка в окружающей его сре­де. Другим частым способом ухода является «запойное» чтение днями напролет, нередко захватывающее ребенка и в школьные часы и являющееся поводом для новых недоразумений и столк­новений с реальностью.

Уход от реальности иногда идет рука об руку с образовани­ем к последней настороженного, недоверчивого, подозрительно­го отношения. Ослабление привязанностей к окружающему и замыкание в себе ведет к усилению чувства «я» (эгоцентризм), возврату интереса к своему телу, возвращению прежних при­вычек к онанизму, сосанию пальца и т. д. Дети с шизоидным развитием значительно теряют в своей социальной ценности и идут в жизнь «одиночками», непонятыми в детском коллективе, тяжело, комплексно реагирующими на жизненные травмы без возможности изживания их вовне.

**Эпилептоидное развитие личности.** Ребенок приобретает в условиях дурно организованной среды прочные навыки агрессив­ного реагирования на травмирующую его реальность. В раннем детстве это неприкрытая агрессия в виде двигательных проявле­ний протеста — нападения, драки, кусания и т. д., направленных против неприятных ему раздражителей. Позднее это непрерыв­ный протест, беспредельное упрямство, постоянная готовность к нападению в виде самообороны от ожидаемой опасности.

В яслях, детсаде и позднее в школе такие дети — постоян­ные дезорганизаторы, протестанты, для которых необходимость подчинения и самодисциплины является делом максимальной

>удности. Их школьный и позднее служебный путь пестрит бес­конечными конфликтами, спорами, недоразумениями. Начав с самообороны агрессией, они постепенно переходят в стадию на-тадения, всюду усматривая непорядки и ища восстановления справедливости.

**Депрессивное развитие личности ребенка** имеет место тог­да, когда длительно действующие травмирующие факторы, вы­зывая бесконечный ряд депрессивных состояний, делают весь фон данной личности подавленным. Разграничение с конститу­циональной депрессией в таких случаях нелегко. Ребенок с деп­рессивным развитием вступает в свой жизненный путь как бы с шорами на глазах, закрывающими от него все радостное и светлое.

При обзоре упомянутых типов развития возникает вопрос: является ли патологическое развитие личности ребенка заост­рением и углублением его характерологических черт или ста­вит личность на иные, новые пути реагирования?

Для ответа на этот вопрос достаточно вспомнить выдвину­тый Ганнушкиным ряд «патологических развитии», на одном кон­це которого стоит *конституциональное* развитие, на другом — *ситуационное.* Первое предполагает главным образом количе­ственное и медленное нарастание присущих личности характе­рологических свойств (шизоидное, эпилептоидное), второе начи­нается обычно с явно очерченного момента травмы и дает ка­чественный сдвиг (астеническое развитие личности ребенка).

Понятие *патологического* развития личности не содержит в себе представления о чем-то статическом, фатально неизменном. Благоприятная ситуация, коренным образом изменяющая ту об­становку ребенка, которая поставила его на путь патологичес-•кого развития, может постепенно снять ряд появившихся в лич­ности изменений и привести к восстановлению нормального раз­вития. В раннем детстве это осуществимо особенно легко; труд­ности растут прямо пропорционально возрасту ребенка. Клини­ка случаев патологического развития личности, достигшей зре­лости, ставит перед нами исключительные трудности психоте­рапевтического воздействия.

*Дифференциально-диагностические* соображения в отноше­нии патологического развития должны идти по линии отграни­чения этих состояний от психопатии, что легко делается на ос­новании динамики картины. С определенного момента или от­резка времени ребенок становится другим. Черты его характе­ра или количественно усиливаются, или меняются качественно,

589

в то время как сущность психопатического поведения обнару­живается с первых дней жизни ребенка. Отграничить состоя­ние патологического развития шизоидного и эпилептоидного типа от эпилептического и шизофренического процесса нетрудно на основании отсутствия признака прогредиентности.

В качестве примера патологического развития личности при­ведем следующие два случая.

*Случай 1.*

Юра К., 3 лет, сын рабочего, поступил в отделение нервного ре­бенка МОНИ по следующему поводу: с некоторого времени ребенок перестал в яслях разговаривать, сделался очень робким и застенчивым.

В *наследственности* ребенка, кроме эпилептических припадков у отца, нет ничего патологического.

Родился в срок, темпы развития нормальные. Был живым, активным, инициативным ребенком. Кроме кори и коклюша в 1 год 8 месяцев, ни­чем не болел.

*Поведение* ребенка стало постепенно меняться после следующего случая. В яслях, которые посещал ребенок с трехлетнего возраста, его однажды упрекнули за то, что он «обмочил штанишки». После этого стал задерживать мочу, образовалось воспаление praeputium, пришлось оперировать.

Характер начал меняться. Первое время после инцидента не хотел ходить в ясли, водили насильно. Тогда он перестал в яслях разговари­вать, стал уединяться, уклоняться от общей игры, старался быть лишь зрителем. Дома был много живее, но перемена в поведении оказалась и здесь несомненной: стал робок, нерешителен, реже проявлял инициати­ву. Поведение ребенка в яслях возбудило подозрение, что ребенок от­стает психически. Мать категорически опровергала это, указывая на то, что те самые игры, которые, по утверждению персонала яслей, ребе­нок якобы «не мог освоить», он прекрасно воспроизводил один в до­машней обстановке.

*Status praesens.* Ребенок по телосложению приближается к пикни­ческому, питание слегка пониженное. Невропатологических отклонений нет. Интеллект нормален с небольшим отставанием речи. В стационаре в течение первого месяца напряженно присматривался ко всему, види­мо, из-за чувства неполноценности, не решаясь подойти к окружающим. Застенчив, легко смущается. Очень раним и чувствителен в отношении других к себе. При внимательном отношении к нему устанавливается глубокий контакт со взрослыми. В организованных занятиях пассивен, всегда выявляет себя в коллективных играх, например в игре в лото, в последнюю очередь. По прошествии 1'/2 месяцев становится несколько активнее, много подвижнее, контактнее. Приобрел способность к са-

мозащите при нападении детей. Несколько шаловлив. Через 2 месяца выписан ввиду закрытия учреждения на лето. *Диагноз.* Астеническое развитие личности.

Случай 2.

Юра A., 3V2 лет, из семьи служащего. Поступил в отделение не­рвного ребенка МОНИ с жалобами родных на то, что за последние пол­тора года стал очень обидчивым, плаксивым, «капризным», никуда не отпускает от себя мать.

В *наследственности* в семье отца преобладают люди эпилептотим-ного склада (отец пьет), в семье матери—личности шизотимного кру­га. Родился в срок первым ребенком. Темпы развития двигательных и речевых навыков ранние. Из инфекций перенес корь, гриппы. Рос до 2 лет живым, активным, смелым, общительным ребенком. Когда ему ми­нуло 2 года, в семье начались неприятности между родителями. Отец пил, грубо обращался с женой и ребенком. Мать неоднократно на не­сколько дней уходила из дома. Мальчик был всегда на стороне матери, проявлял ненависть к отцу, ревновал мать. В характере его начали по­являться изменения: снизился интерес к окружающему, стал меньше за­ниматься игрушками, много «ныл», «плакал» по всякому поводу, цеп­лялся все время за юбку матери или бабушки. Все воспринималось в мрачных тонах. Стал беспомощен; споткнется о камушек и не знает, что делать дальше, растерянно смотрит на дорогу, вместо того чтобы отшвырнуть его ногой. Стал делать все очень медленно, нерешительно. Игра с детьми превращалась в непрерывный плач, совершенно не умел защищаться. Изредка проявлял большую агрессивность. Раз, когда отец что-то сказал про мать, вскочил со сжатыми кулачками.

*Физический статус* — смесь астенических и атлетических черт. С невропатологической стороны отклонений от нормы нет. Интеллект высокий.

■ За время пребывания в стационаре произошли большие изменения: после начального периода острой и напряженной тоски по матери дол­гое время сохраняются черты астенического поведения, но к концу по­лутора месяцев пребывания в отделении появляются первые сдвиги в сто­рону большей инициативности, активности и агрессивности.

*Диагноз.* Астеническое развитие личности эпилептотимного склада.

Приведенные два случая наглядно иллюстрируют постепен­ную (в итоге длительной травмирующей ситуации) перемену в психике ребенка в сторону астенизирования его личности. Во втором случае вкраплены черты истерического поведения (фик­сация на матери, детская беспомощность и т. д.).

Патологическое состояние в обоих случаях при перемене ситуаций обнаружило явную тенденцию к обратному развитию.

**ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ**

**ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РЕБЕНКА**

(дети-калеки, дети с недостаточностью органов чувств)

Патологическое развитие астенического типа, бази­рующееся на чувстве своей недостаточности, может иметь мес­то в случаях, когда травма лишает ребенка одной или двух ко­нечностей. Мы не касаемся психики слепых и глухих от рожде­ния детей ввиду недостаточной еще изученности этого вопроса. У детей, потерявших зрение и слух в процессе развития, мы наблюдали образование ряда психопатологических особенностей, которые можно было снять в случае, если потеря эта была вре­менной, и становившихся стойкими, если поражение делалось необратимым. Наиболее изученными являются изменения пси­хики в связи с поражением органа слуха. У ребенка в силу все уменьшающегося контакта с окружающей средой и непонима­ния многих его требований шаг за шагом уменьшается направ­ленность на окружающую реальность, растет чувство своей не­достаточности, неуверенности в себе, недоверие к людям, подо­зрительность, подавленность, раздражительность. Прежде быв­ший синтонный облик меняется, уступая место аутистическим формам поведения.

Литература, посвященная вопросу об изменении психики у тугоухих (Крепелин, Мерклин и др.), определенно говорит о ча­стоте развития у тугоухих замкнутости, недоверчивости, подо­зрительности, доходящей даже до бредовых образований (быва­ют и слуховые обманы чувств в виде «окриков»).

Адлер в своих работах особенно подчеркивает роль дефек­тов тех или иных органов в образовании у детей ряда невроти­ческих механизмов.

Патологическое развитие личности, которое наступает у та­ких детей, включает в себя черты астенического и шизоидного варианта.

**Г. Е. Сухарева**

**ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЕ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ1**

**ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В ПЕРЕХОДНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ**

Физиологическая перестройка организма в так назы­ваемые переходные возрастные периоды, и прежде всего выс­ших отделов нервной системы и внутрисекреторного аппарата, меняет реактивность организма и повышает чувствительность к различным раздражителям внешней и внутренней среды.

Повышенная ранимость отмечается в этом периоде и в отно­шении психогенных факторов. Поэтому в такие переходные воз­растные периоды учащаются и реактивные состояния у детей и подростков.

Важно лишь отметить, что отнюдь не у всех детей переходные возрастные периоды протекают бурно. Резкие нарушения физиологи­ческого процесса развития отмечаются'главным образом у детей и под­ростков, обнаруживающих те или другие признаки эндокринной или церебральной неполноценности, а также у психопатических личностей. Поэтому термин «критический», который часто применяют в отноше­нии этих периодов, неудачен и не соответствует клиническим фактам.

Биологические сдвиги переходного возрастного периода неправиль­но трактовать как «фатальные» еще и потому, что нельзя рассматривать личность в отрыве от окружающей ее социальной среды, игнорируя ус­ловия воспитания, деятельность и общественные взаимоотношения. Необходимо принять во внимание, что каждый новый возрастной этап развития является новым этапом и в социальной жизни ребенка. У детей и подростков, получивших правильное воспитание, имеющих трудовые установки и навыки коллективной жизни, относительно редко отмечают­ся патологические реакции в переходные возрастные периоды.

В тех случаях, когда переходный период протекает более бур­но, реактивное состояние принимает более тяжелый, а иногда и более длительный характер. Возникают разновидности реактив­ных состояний, которые можно считать особенно типичными для той или другой переходной фазы развития.

При этом они отличаются от других форм психогенных ре­акций не только своими клиническими проявлениями, но и

*Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста, Т.Н. М.. 1959, стр. 178—193.

своеобразием причинно-следственных отношений. Патогенное значение здесь нередко приобретают такие психогенные факто­ры, которые обычно не вызывают патологических реакций.

При незначительном по своей интенсивности психогенном факторе в происхождении реактивного состояния большую роль играет соматогенный момент—нейроэндокринная перестройка, характерная для данной возрастной фазы развития. Возникаю­щие в связи с этой перестройкой нарушения высшей нервной деятельности являются тем специфическим условием, при от­сутствии которого реактивное состояние не возникло бы.

Особенности причинно-следственных соотношений," воз­никающих при реактивных состояниях в переходные возраст­ные периоды, находят свое отражение и в **клинической карти­не** этих форм. В симптоматике тех или других реактивных со­стояний переходного возрастного периода нередко встречается ряд синдромов, которые больше характерны для той или другой возрастной фазы развития, чем для определенной этиологии.

Тем самым значительно затрудняется **распознавание** реак­тивных состояний, возникающих в переходные возрастные пе­риоды. Затяжной характер течения этих форм еще более ус­ложняет диагностику. Отсюда понятно, почему вопрос о но­зологической природе этих форм реактивных состояний часто является предметом дискуссии. Некоторые из зарубежных авто­ров (Walter, Decourt) склонны рассматривать затяжные реактив­ные состояния пубертатного периода с длительным отказом от еды как своеобразное церебрально-эндокринное заболевание, в патогенезе которого большую роль играет нарушение функций гипофиза (гипофизарно-диэнцефальной системы). Ряд авторов (Stockert, Rutschels, Kiihl) считают, что изменение психики, на­блюдаемое у детей в возрасте 3—4 лет (повышенная каприз­ность, упрямство), представляет собой стертую форму вегета­тивного невроза, описанного под названием болезни Фейера.

В дискуссии об этиологии затяжных форм реактивных со­стояний пубертатного периода повторяются те же спорные воп­росы, которые неоднократно ставились по поводу некоторых ин­волюционных психозов. Центральное место в споре занимает вопрос о преимущественном значении психогенных или сома­тогенных факторов в их происхождении. Разрешение этого воп­роса невозможно, если исходить из позиций упрощенного мо-нокаузализма. В происхождении каждого конкретного случая сле­дует различать: а) производящую причину (психогенный фак­тор), б) специфическое условие, при отсутствии которого дан-

ная причина может потерять свое патогенное значение (инди­видуальные особенности организма в периоды тяжело протека­ющего переходного возрастного периода). Такое решение воп­роса было уже однажды удачно использовано С. Г. Жислиным для объяснения некоторых затяжных патологических реакций инволюционного периода.

**Клиническая картина** реактивного состояния, возникшего в переходном периоде, может быть разнообразной, но в ней все­гда можно отметить определенные признаки, типичные для дан­ной возрастной фазы развития.

Период от 3 до 4 лет некоторые авторы называют **первым пубертатным периодом.** В этот период происходит перестройка функции внутрисекреторного аппарата, усиливается влияние ги­пофиза. Рутшельс и Кюль отмечают в этом периоде явления со­зревания надпочечника (развитие мозгового вещества). В этот период меняется соматическая характеристика ребенка, увели­чивается рост в длину, несколько уменьшается округлость ли­ний. Совершенствуется двигательная сфера, движения становятся более координированными, ребенок — более активным и само­стоятельным. Изменяется и деятельность ребенка. Совершенно справедливо С. Л. Рубинштейн указывает, что в процессе игро­вой деятельности, являющейся основной для данного возраста, ребенок научается действовать по определенному плану и под­чинять свое поведение правилам игры. В это время растет и самосознание ребенка. Некоторые дети впервые начинают го­ворить о себе в первом лице. Вместе с ростом самосознания и самостоятельности у ребенка появляется повышенная чувстви­тельность к обиде. Если родители не учитывают перемену в пси­хике ребенка, то легко могут возникнуть конфликты, ребенок ста­новится капризным, требовательным, упрямым. Поэтому данный период немецкие авторы называют «периодом упрямства».

Начало этого периода в большинстве случаев относится к 3-летнему возрасту. У некоторых детей эта возрастная фаза на­чинается до 3 лет, у других она запаздывает.

Вениамин (Benjamin) справедливо утверждает, что патоло­гические изменения психики у детей в возрасте 3 лет никогда не начинаются внезапно и редко отмечаются у совершенно здо­рового ребенка. На основании своих наблюдений он указывает, что в V. случаев уже в грудном возрасте у этих детей можно было отметить особенности в виде беспокойства, крикливости, частой рвоты, экземы, наклонности к запорам или поносам, пи-лороспазма, астматических приступов. Все это свидетельствует о том, что выраженные проявления первого пубертатного

?»\* 595

периода отмечаются главным образом у детей с врожденной или рано приобретенной нервностью.

Особенности психики у детей в первом пубертатном периоде опи­саны в ряде исследований врачей и психологов. В них указывается, что с началом этой возрастной фазы иногда меняется все поведение ребен­ка. Он отгораживается от окружающего, становится замкнутым, непос­лушным, ревнивым. Отмечаются повышенная раздражительность, кап­ризность, требовательность, плаксивость. Часто наблюдаются наруше­ния сна, расстройство аппетита, доходящее до резкой анорексии, и при­вычная рвота после приема пищи.

Кро *[Сто)* считает, что основная сущность изменений психики ре­бенка этого периода — в перестройке социальных связей. Меняются взаимоотношения между «я» и окружающими, появляется состояние «дезориентированности» в отношении прежних авторитетов. Корни этих изменений — в возрастающей тенденции к самостоятельности и неже­лании подчиняться воле старших. Ребенок как бы открывает свое соб­ственное «я» и строит новые взаимоотношения с окружающим миром.

Винклер (Winkler) видит основную особенность проявлений перво­го пубертатного периода в усилении влечений, повышении эффектив­ности. У некоторых детей в это время появляется состояние возбужде­ния с эротической окраской, с особой формой детской сексуальности.

Таким образом, многими авторами подчеркивается, что в этом возрасте появляется большая противоречивость различных тен­денций психики ребенка, смесь упрямства и внушаемости, стес­нительности и агрессии. Меняются взаимоотношения с окружа­ющими, с родителями и педагогами. Дети становятся ревнивыми, ни с кем не хотят делить любовь матери или воспитательницы. Они ненавидят всякого, кто отнимает у них внимание матери.

Однако эти отклонения в поведении наблюдаются отнюдь не у всех детей и обычно постепенно выравниваются. При не­благоприятных условиях возникают длительные патологические реакции.

К преимущественным проявлениям *патологических реакций первого пубертатного периода* относится немотивированное уп­рямство, сопровождающееся иногда вспышками гнева с резким двигательным возбуждением. Из других клинических проявлений психогенных реакций в этом периоде наблюдаются:

а) анорексия — расстройство аппетита с резко замедденным жеванием, с привычной рвотой; б) страхи (дневные и ночные) с большой наклонностью к их генерализации; в) расстройства речи — заикание, мутизм, гиперкинезы (тики, насильственный ка­шель); г) расстройства ранее приобретенных навыков опрятно-

сти (энурез, недержание кала); д) патологические привычки (она­низм, сосание пальца, грызение ногтей).

К числу наиболее частых причин психогенных реакций в этом периоде относится разлука с семьей при поступлении в детский сад.

В тех случаях, когда речь идет о детях с врожденными или рано приобретенными признаками нервности или *о* неправиль­но воспитанном ребенке, не привыкшем к самостоятельности, различные патологические реакции часто возникают при по­ступлении в детский сад. Одни дети становятся вялыми, подав­ленными, малоподвижными, перестают говорить, отказываются от еды, теряют навыки опрятности. Другие, наоборот, делаются чрезвычайно подвижными, раздражительными, злобными. Ребе­нок, привыкший дома к чрезмерному вниманию и заботам, при поступлении в детский сад попадает в трудную для него ситуа­цию. Здесь он оказывается хуже других, так как не овладел не­обходимыми для этого возраста навыками самообслуживания. В связи с этим иногда у ребенка возникает состояние аффектив­ного напряжения, что проявляетсяав упрямстве, непослушании, иногда в сильном двигательном возбуждении {у ребенка этого возраста любой раздражитель может вызвать двигательную ре­акцию). Ребенок становится озлобленным, раздражительным, драчливым, не подчиняется режиму детского сада. Воспитатели детского сада, не знакомые с особенностями переходного пери­ода, совершают ряд педагогических ошибок, требуя от ребенка больше, чем он может дать. Не понимая причины неправильно­го поведения ребенка, родители и воспитатели иногда применя­ют к нему несоответствующие меры воздействия. Этим еще боль­ше усугубляется его состояние и тормозится выравнивание па­тологической реакции.

Другой причиной возникновения патологической реакции часто служит рождение второго ребенка в семье. Ребенок, до этого избалованный вниманием матери, чрезмерно привязанный к ней, не терпит, чтобы это внимание уделялось еще кому-ни­будь. Ребенок реагирует на это либо повышенной раздражитель­ностью и двигательным беспокойством, непослушанием, либо расстройством сна и аппетита. Одной из частых реакций явля­ется агрессия в отношении к вновь родившемуся члену семьи. Т. П. Симеон описывает ряд патологических реакций у детей ран­него возраста при рождении второго ребенка в семье.

Мальчик 4 лет, поступил в клинику в связи с жалобами матери на то, что у ребенка повышенная нервная возбудимость и необыкновенно сильно выраженная «злобность»'в отношении к братишке полутора лет.

До года развитие мальчика шло нормально, интеллектуально развивал­ся хорошо. Рос совершенно спокойным ребенком; после года стал бо­лее возбудимым, настойчивым, в гневе бросал вещи, но особенно труд­ным в воспитательном отношении он стал с момента рождения брата. Раздражается, если мать при нем берет малыша на руки. Он говорит: «Надо закопать его, он не нужен!» Когда мальчика убеждали не шу­меть, чтобы не нарушить сон братишки, он нарочно кричал: «Пусть он не спит, его все равно не надо брать на руки, лучше возьмите меня». Мать не могла ни на минуту оставить мальчика с братишкой, так как он бил его, толкал, однажды даже подвел к горячей печке. Собираясь ехать а деревню к бабушке, мальчик предавался фантазиям: во время переезда он утопит братишку а реке, соберет мальчиков в деревне, они побьют маленького и зароют его в яму.

Мальчик 6Va лет. Мать жаловалась, что у мальчика наблюдаются приступы сильного гнева по незначительному поводу: кусается, плюет­ся, приходит в состояние исступления. Беременность матери протекала тяжело, раннее развитие ребенка шло нормально, рос спокойным, ни­каких трудностей в воспитательном отношении не было. Когда ему было полтора года, родился брат. Увидев его впервые на руках у матери, маль­чик набросился на него и ударил лопаткой. Сердился всякий раз, когда мать брала малыша на руки, кричал: «Выброси его!» В течение трех лет проявлял к младшему брату ненависть, не отходил от матери ни на шаг, стал плохо спать, сделался злобным, капризным, бросался на пол, бил ногами, кричал. После смерти брата вновь был единственным ребенком вплоть до 5V3 лет. Снова стал послушным, спокойным. Но когда родил­ся второй брат, снова стал злобным, агрессивным. При малейшем вни­мании, оказываемом матерью младшему брату, бил мать и ребенка, го­ворил: «Хоть бы его не было! И кому он только нужен?» Стал плохо засыпать, ночью звал мать, стал очень упрямым. Только лаской и мяг­костью его можно было подчинить себе.

В тех случаях, когда родители и воспитатели не понимают причины изменившегося поведения ребенка и своевременно не предпринимают необходимых мер, патологические реакции при­нимают затяжной характер. Ребенок становится все более труд­ным в воспитательном отношении. Его непослушание, упрямство, грубость и агрессия в отношении младшего брата неправильно расцениваются врачами как психопатия. При своевременном распознавании и правильном лечебно-педагогическом воздей­ствии такие патологические реакции легко ликвидируются.

Поэтому так важно проводить систематическую просвети­тельную работу с родителями и педагогами. Из лечебных ме­роприятий наиболее важными являются: переключение интересов

ребенка путем занятий с ним каким-либо интересующим его предметом, привлечение его к уходу за младшими братьями и сестрами, иногда временная перемена обстановки. В затяжных случаях требуется помещение в специальные санатории для не­рвных детей.

Патологические реакции у детей, возникающие во **втором** переходном периоде (7—8 лет), также нередко наблюдаются в связи с ошибками воспитания в семье или недостаточным знаком­ством педагогов школы с особенностями психики детей этого возраста. В 7-летнем возрасте усиленно идет функциональное совершенствование второй сигнальной системы и резко меняет­ся характер деятельности ребенка. Если в дошкольном периоде доминирует игровая деятельность и ведущую роль играют фан­тазия и воображение, то в школьном периоде основным видом деятельности становится систематическое учение. Появляются новые мотивы поступков, новые отношения с людьми. Более вы­ражено начало альтруистических проявлений, ребенок больше обращает внимания на переживания окружающих. В своих дей­ствиях ребенок школьного возраста руководствуется не только мимолетными желаниями, но и сознанием необходимости; он может уже сосредоточиться даже на малозанимательной работе, свое поведение он может подчинить требованиям дисциплины. Если у ребенка дошкольного периода интеллектуальная деятель­ность протекает главным образом только в сфере конкретного, то в школьном возрасте появляется способность к отвлечению от конкретного. Познавательная деятельность его значительно шире и более разнообразна, умственный кругозор шире.

Ребенок, не подготовленный к школе всем предшествующим воспитанием и обучением, с трудом приспосабливается к новой для него ситуации. Если ребенок много болел или жил в условиях изнеживающего, тепличного воспитания, его развитие задержи­вается, деятельность остается еще игровой, поведение, интересы и желания более характерны для ребенка дошкольного периода. Он не умеет сдерживать себя, подчиняться дисциплине, действо­вать согласно требованиям педагога, следить за его объяснения­ми. Он действует сообразно минутным желаниям. Такие дети при поступлении в школу нарушают дисциплину, мешают общим за­нятиям и сразу попадают в число дезорганизаторов. Педагог, не понимая причин их плохого поведения, принимает ряд репрес­сий, что еще больше утяжеляет состояние ребенка.

Патологические реакции у ребенка в этом возрасте чаще все­го проявляются либо в различных невротических симптомах (рас­стройство сна, снижение аппетита, привычная рвота, заикание,

599

навязчивый страх при устной речи), либо в патологическом по­ведении — чрезмерной подвижности, непоседливости, драчливо­сти. Они ходят по классу, выкрикивают бранные слова, приста­ют к детям.

Такие не по возрасту «инфантильные» дети требуют спе­циальной подготовки в так называемых нулевых группах. При правильном лечении обычно в течение первого или второго года обучения эти дети могут догнать своих сверстников и продолжать обучение в массовой школе. В неблагоприятной обстановке у этих детей могут возникнуть реактивные состояния, проявляющиеся чаще всего в моносимптоматических формах невроза.

Некоторые авторы (Штокерт, Траммер) считают наиболее ха­рактерными признаками данного периода импульсивность поступ­ков и повышение грубых влечений. Эти возрастные особенности проявляются в клинической картине реактивных состояний в форме психопатоподобных состояний (с усиленным фантазирова­нием, двигательной расторможенностью и агрессивными действи­ями). Такие реакции чаще наблюдаются у мальчиков.

В *пубертатном периоде* происходит еще более глубокая био­логическая перестройка в организме, чем в другие переходные периоды. Рост становится очень быстрым, усиливается секре­ция половых желез и гипофиза, перестраиваются функциональ­ные взаимосвязи нервной и эндокринной систем. Бурное раз­витие функций гипофиза часто сопровождается нарушением гар­монии деятельности различных эндокринных желез. С эволю­цией функции гипофиза тесно связана деятельность половых . желез, щитовидной железы и надпочечников. Эта временная дис­гармония функций внутрисекреторного аппарата обусловливает ряд клинических проявлений, характерных для данного перио­да. У некоторых подростков отмечаются акромегалоидные осо­бенности (увеличение кистей и стоп, несоразмерно длинные ко­нечности, огрубение черт лица). А. В. Ходжаш указывает, что юно­шеская дистрофия роста может сопровождаться повышенной утомляемостью и неприятными ощущениями в области сердца, относительно низким кровяным давлением, приглушением сер­дечных тонов. При дисфункции задней доли гипофиза наблюда­ются нерезко выраженные явления несахарного диабета — по­вышенная жажда и повышенный диурез,— расстройство влече­ния к пище, иногда «волчий голод». У некоторых подростков от­мечаются отдельные признаки адипозогенитального синдрома — задержка роста, отложение жира на груди и бедрах.

У девочек относительно часто наблюдается возрастное уве­личение щитовидной железы, по времени совпадающее с нача-

600

лом менструального цикла. А. В. Ходжаш отмечает у них неболь­шую тахикардию, лабильность пульса и кровяного давления, на­клонность к потливости, повышенную эмоциональную возбуди­мость. Все эти изменения, связанные с эндокринной дисфунк­цией пубертатного периода, являются преходящими и проходят с концом периода полового созревания.

Характерная для этого периода дисгармония отмечается не только в физическом строении подростка, но и в его психическом развитии. Это вполне понятно, если учесть, что при бурно про­текающем пубертатном периоде временно может меняться ес­тественная иерархия взаимоотношений между деятельностью коры полушарий и подкорковой области. Равновесие, достигну­тое в предыдущей возрастной фазе, нарушается, ослабляется кор­ковый контроль, в мотивации поведения подростка большую роль приобретают примитивные эмоции и инстинкты. Поведение под­ростка характеризуется не только малой устойчивостью, но и большой противоречивостью эмоций. Тонкая чувствительность у них часто сочетается с черствостью. Самонадеянность ужива­ется с застенчивостью и неуверенностью в себе, усиливается интерес к другому полу, возникают еще не совсем понятные под­ростку сексуальные влечения. Появляется повышенный интерес к своей личности, болезненно воспринимается оценка ее други­ми. Будучи чрезмерно критичным в отношении окружающих (в особенности в отношении своих родных), подросток недостаточ­но критичен по отношению к самому себе. Иногда отмечается неустойчивость настроения, колебания между веселым и подав­ленным, раздражительным и спокойным, между напряженнос­тью и бездеятельностью. Эти расстройства настроения особен­но часты у девочек и часто возникают одновременно с началом менструаций. Отмечаются также снижение работоспособности, быстрая утомляемость, жалобы на головные боли. У некоторых подростков в этом периоде наблюдается стремление к уедине­нию, к уходу в себя.

В психологической и медицинской литературе уделяют боль­шое внимание описанию патологических черт характера, свя­занных с пубертатным периодом. Некоторые авторы выделяют две фазы — негативную и позитивную. Первая характеризуется потерей прежних интересов, переоценкой всех прошлых «цен­ностей», недоверием к бывшим авторитетам, негативистической установкой ко всему окружающему. У мальчиков эта негатив­ная фаза наступает от 14 до 16 лет, у девочек несколько рань­ше— от 12 до 14 лет, иногда одновременно с началом менстру­аций. В последующей, позитивной, фазе появляются новые интересы, желания, повышаются уверенность в своих силах стремление к деятельности.

Советские авторы (В. И. Аккерман и М. Я. Брайнина, 3. А. Со­ловьева) возражают против переоценки роли биологических сдви­гов пубертатного возраста в возникновении патологических черт характера. Они не придают им значения «фатального» фактора и подчеркивают, что возникновение патологических реакций в значительной степени зависит от условий среды и воспитания.

С этим полностью согласуются и наши наблюдения. Пато­логическое поведение у подростков в пубертатном периоде воз­никает чаще всего под влиянием сочетания ряда неблагоприятных моментов. Имеют значение преморбидные особенности: психо­патические черты характера, эндокринные расстройства, оста­точные явления перенесенных заболеваний и отсутствие стой­ких навыков к труду, недостаточная связь с коллективом и др. В этих особых случаях пубертатный период протекает более тя­жело и является фактором, предрасполагающим к возникнове­нию патологических реакций даже под влиянием незначитель­ных вредностей.

Как показывают клинические наблюдения, существует ряд патологических симптомокомплексов, более или менее специ­фических для пубертатной фазы развития. Эти синдромы встре­чаются в картине различных заболеваний, начинающихся в этом периоде. Они могут быть и клиническим выражением **затяж­ных патологических реакций пубертатного периода.**

К числу частых клинических симптомокомплексов этого рода относятся следующие.

**1,** **Болезненное мудрствование,** философствование на отвле­ченные темы с бесплодной критикой авторитетов, сопровожда­ющиеся иногда отчуждением от окружающих и уходом во внут­ренний мир.

2. **Повышенное внимание к своему физическому «я» с ипо­хондрической фиксацией на телесных ощущениях.** Обилие фун­кциональных вегетативно-сосудистых расстройств является од­ной из характерных физиологических особенностей данного воз­растного периода.

Различные авторы отмечают особенности юношеского серД" ца — его гипертрофию. Нередко отмечаются и физиологическая аритмия, тахикардия, одышка.

При повышенной впечатлительности и возбудимости у под­ростков, тревожных и мнительных по своему складу, под влия­нием незначительных психогенных поводов возникает невроз

страха за свою жизнь и здоровье с обильными патологически­ми ощущениями со стороны сердца. Подростки жалуются на не­приятные ощущения со стороны сердца, общую слабость: «все внутри дрожит», «сердце замирает» или «сильно бьется». Под влиянием незначительного психогенного повода (иногда неосто­рожного слова врача) состояние резко ухудшается, возникают приступы страха за свою жизнь. Но и вне приступа подростки очень фиксированы на своих болезненных ощущениях. Они уг­нетены, тревожны, фон настроения депрессивный. Высказыва­ют много ипохондрических жалоб. Помещение в больницу при­водит обычно к улучшению, но возможны затяжной характер те­чения и рецидивы.

3. **Дисморфофобия** (сверхценная идея о своей физической недостаточности). Подростки жалуются на неправильные про­порции телосложения (слишком узкие плечи), на уродливые черты лица (большой нос) и т. п. С течением времени идея о своей физической недостаточности всецело овладевает подростками, снижается их успеваемость в школе, они постоянно обращают­ся за врачебной помощью, требуют оперативного вмешательства и нередко его добиваются. Дифференциальный диагноз с ши­зофренией представляет большие трудности и требует длитель­ного наблюдения. Диагноз реактивного состояния в связи с тя­жело протекающим пубертатным периодом ставится обычно на основании полной сохранности личности и работоспособности больного.

4. Характерной для пубертатного периода является и **свое­образная форма отказа от еды,** мотивируемая боязнью потол­стеть. Подростки постепенно исключают из своего пищевого ра­циона все большее число блюд и доходят до резкого соматичес­кого истощения, иногда с признаками дистрофии и гиповитами­ноза. Это болезненное состояние чаще наблюдается у девочек и возникает обычно в связи с незначительным психогенным по­водом или без всякого внешнего повода. В начальной стадии эта боязнь потолстеть иногда носит характер навязчивого состоя­ния, с которым подростки пытаются бороться. В дальнейшем кри­тика к своему болезненному состоянию теряется, реактивные состояния принимают затяжной характер (от 1—2 лет и более).

В каждом конкретном случае требуется исключить возмож­ность начала шизофрении, ибо такие же клинические проявле­ния нередко наблюдаются и при шизофрении. Однако в боль-Шей части случаев речь идет о затяжном реактивном состоя­нии, возникающем на фоне тяжело протекающего пубертатного Периода.

Это болезненное состояние с отказом от еды известно в ли­тературе под названием «нервная анорексия» у подростков. Од­нако, по нашим наблюдениям, у этих больных отказ от еды от­нюдь не связан с отсутствием аппетита. Многие из наших боль­ных сами отмечали, что им хочется есть, но они отказывались от еды в связи с боязнью «стать толстыми». Один мальчик уси­ленно требовал лечения, от которого худеют, чтобы можно было есть сколько хочется. Таким образом, в первой фазе дети не едят, чтобы похудеть — их беспокоит ощущение полноты своего тела. И только после длительного голодания — во второй фазе болезни — аппетит действительно бывает потерян.

Девочка 13 лет. Со стороны наследственности патологического отягощения нет. Раннее развитие нормальное. Детские инфекции пере­носила легко, без осложнений. По характеру веселая, активная, общи­тельная. В школе училась хорошо, к занятиям относилась добросовест­но, с большим чувством ответственности.

Начало заболевания родные относят к 12-летнему возрасту, когда девочка стала постепенно ограничивать себя в еде из-за боязни потол­стеть. Впервые, по ее словам, эти опасения возникли в связи с разгово­рами подруг о том, что у нее очень цветущий, здоровый вид, по-види­мому, очень хорошие домашние условия. Девочка думала: «если буду толстеть—застрелюсь». Последние месяцы перед поступлением в кли­нику разрешала себе съесть за день только две чайные ложки супа, одну картофелину или огурец и полблюдца манной каши на воде. Несмотря на резкое похудание, стягивала на себе белье, пояс, носила платья только черного цвета, чтобы казаться худее. Тревожно спала, боялась, чтобы не накормили во сне. При поступлении в клинику у больной отмечает­ся резкое истощение, сухая кожа, цианотичные конечности, несколько увеличенная щитовидная железа. Менструации отсутствуют последние 4 месяца. Артериальное давление 80/35 мм.

С первых дней пребывания в клинике очень тяготилась обстанов­кой, требовала выписки, ела только под строгим контролем; все же иног­да девочке удавалось незаметно от персонала выбросить часть давае­мой ей пищи. После проведенной инсулинотерапии (13 глубоких гипо­гликемии) стало намечаться некоторое улучшение. Оказывала меньше сопротивления при кормлении, стала бодрее, доступнее, общительнее. По желанию родителей была выписана домой в удовлетворительном фи­зическом и психическом состоянии.

Катамнез через 12 лет. По выписке из больницы в дальнейшем раз­вивалась нормально. Закончила десятилетку. В настоящее время рабо­тает медицинской сестрой в поликлинике. С работой хорошо справля­ется, обладает хорошим аппетитом, никакой тревоги в отношении сво­ей внешности не высказывает.

Вопрос о нервной анорексии у подростков привлек внима­ние ряда авторов и в зарубежной литературе. Первым онисал это болезненное состояние Мартон (Marton). В дальнейшем об этом же состоянии писали многие авторы, характеризуя его раз­личными названиями. Лассег (Lasegue) определил его термином «истерическая анорексия» (1873), Юшар (Huchard, 1883) — «не­рвная психическая анорексия» (anorexic mentale). После работы Симмондса (Simmonds) о гипофизарной кахексии (1914) большое внимание стали уделять эндокринному фактору в патогенезе этой болезненной формы.

Декур описывает нервную анорексию еще и со вторым на­званием — «психоэндокринная кахексия периода полового раз­вития». Штойбли-Фрелих (Staubli-Frolich) считает, что эти болез­ненные состояния близки к шизофрении, и обращает особое вни­мание на преморбидные особенности этих подростков. Преоб­ладают спокойные, тихие, послушные, но очень замкнутые под­ростки. Чаще это девочки, сексуально индифферентные или ин­фантильные. Мальчики с этим симптомокомплексом характери­зуются чертами феминизма. В соматическом состоянии этих под­ростков отмечаются признаки эндокринной недостаточности, ги­поплазия половых органов, позднее наступление менструаций, олигодисменорея.

Автор не отрицает, что в этиологии этих форм некоторую роль играют психогенные факторы — страх перед сложностью жизни. Однако в патогенезе этих форм ведущая роль отводится эндокринному фактору, весь болезненный симптомокомплекс ха­рактеризуется как «психоэндокринная кахексия» в период по­лового созревания. Автор справедливо подчеркивает, что пер­вичным является расстройство нервной регуляции, связанное с нарушением функций таламуса (гипофизарно-диэнцефальной системы).

Другие авторы считают, что основной причиной данного бо­лезненного состояния являются психогенные факторы. Пред­ставители психоаналитического направления рассматривают это болезненное состояние как невроз, в основе которого лежит «ог-вергание подростком наступающей половой зрелости» («стрем­ление к аскетическому идеалу»}.

Изучение этой формы затяжных реактивных состояний в пубертатном периоде проводилось в нашей клинике К. А. Нов-лянской. На основании 11 клинических наблюдений подростков Н—16 лет (преимущественно девушек) с последующим катам-нестическим обследованием автор приходит к выводу, что бо­лезненный синдром отмечается при различных заболеваниях.

Диагностическая оценка данного синдрома, установление его нозологической природы представляют обычно очень большие трудности. Нередко дифференциальный диагноз с шизофренией окончательно устанавливается только при длительном наблюде­нии больных на основании других признаков, главным образом типичных для шизофрении нарушений мышления и личности больных. При изучении катамнеза этих больных (через 2—3 года и более) **в** части случаев удалось установить стойкое исчезнове­ние синдрома, гармоничное развитие личности и хорошее при­способление к жизни. Это дало основание считать, что в этих благоприятных случаях речь идет о затяжной патологической реакции. Однотипность синдрома по условиям его как возник­новения, так и содержания, непосредственная связь во време­ни с наступлением периода полового созревания дают также ос­нование предполагать, что в генезе его, главным образом в фор­мировании клинических проявлений, решающую роль играет воз­растной фактор — тяжело протекающий пубертатный период.

При анализе причин происхождения патологической реак­ции в большинстве случаев трудно исключить роль психоген­ных факторов. Содержанием психической травмы чаще всего являются ситуационные факторы; неприятные переживания свя­заны с появлением новых интересов и влечений, свойственных периоду полового созревания. Однако чисто психологическая трактовка данного синдрома как «невроза» мало удовлетворяет. Возникновение данного синдрома может быть правильно поня­то, если учесть наличие глубоких биологических сдвигов и на­рушений кортикальной динамики, связанных с патологически протекающим пубертатным периодом. Анализ клинических на­блюдений вскрывает, что в происхождении данного синдрома большую роль играют интеро- и проприоцептивные ощущения, измененное самоощущение подростка в связи с нарушением гар­монии функций внутрисекреторного аппарата, главным образом гипофизарно-диэнцефальной системы. Больные жалуются, что они чувствуют, как «пухнут руки», «все тело становится мяг­ким» и др. (см. «Клинические лекции», т. **1).**

При **лечении** этих больных нельзя ограничиться только психотерапией. Требуется более глубокая биологическая пе­рестройка путем пирогенной терапии или инсулина. Мучитель­ные переживания больных в связи с боязнью потолстеть хорошо поддаются лечению нейролептическими средствами (аминазином)-

При резком исхудании, доходящем нередко до выраженной дистрофии, требуется срочное помещение больных в психонев­рологическую больницу.

5. **Психопатоподобные формы поведения** относят к числу наиболее частых патологических состояний пубертатного пери­ода. Характерная для пубертатного периода дисгармония отдель­ных сторон личности, неустойчивость настроения, противоречи­вость чувств и поступков проявляются главным образом тогда, когда подросток не находит выхода для своей возросшей само­стоятельности, когда он не включен в трудовую деятельность, не связан с коллективом. В этих случаях легко возникают конф­ликты между родителями и детьми, учениками и педагогами. Подросток становится грубым, непослушным, озлобленным, все и всех критикует. Повышенная самооценка нередко уживается у подростка с неуверенностью в своих силах. В связи с этим легко возникает конфликт между желаемым и возможным.

Иногда при более выраженных формах подросток с тече­нием времени совершенно теряет интерес к семье и школе, бро­сает учение, бродит без дела, ворует дома вещи и продает их, сходится с безнадзорными и легко скатывается на антисоциаль­ный путь. Эти формы патологического поведения подростка дол­жны быть отграничены от так называемой гебоилной формы шизофрении, характеризующейся быстро наступающим эмоци­ональным оскудением. Для дифференциального диагноза требу­ется длительное наблюдение; необходимо установить подлинный характер эмоциональных изменений подростка, так как часто грубость, злобность, жестокость, циничность подростка являют­ся лишь «фасадом», за которым скрывается здоровая личность. При более подробном знакомстве с подростком удается устано­вить, что настоящего аутизма и эмоционального опустошения здесь нет; иногда речь идет о патологической реакции на жиз­ненные трудности, о невротическом состоянии в связи с неудов­летворенностью собой и окружающим. В патологических реак­циях пубертатного периода не наблюдается ни внутренней про­тиворечивости, ни парадоксальности, ни перверзной жестокос­ти больных шизофренией.

В мышлении этих больных не отмечается каких-либо вы­раженных расстройств.

Клиническим примером психопатической реакции может слу­жить следующая история болезни.

Мальчику 14 лет, поступил в клинику с жалобами родителей на то, что мальчик убегает из дому, пропадает по нескольку дней, ворует, отказывается от посещения школы, груб, непослушен. Наследственность не отягощена. Роды матери и раннее развитие мальчика были нормаль­ными. Жил в хороших социально-бытовых условиях. Как **единственный**

ребенок привык быть центром внимания семьи. Рос упрямым, требова­тельным, но ласковым, общительным, веселым. В школе учился хоро­шо, но к занятиям относился несерьезно. Был эмоционально неустой­чивым, поверхностным. Интеллектуально мальчик развивался нормаль­но, но преобладало конкретное мышление, в отвлеченных положениях плохо разбирался. До пубертатного периода мальчик учился хорошо жалоб на его поведение не было. С 13-летнего возраста перестал посе­щать школу, уходил из дому как будто бы в школу, в действительнос­ти же проводил время на улице, сблизился с безнадзорными подрост­ками, начал курить. Непосещение мальчиком школы стало известно ро­дителям, что привело к конфликтам между мальчиком и родными. С тех пор мальчик стал чаще уходить из дому, по нескольку дней бродяжни­чал. Для ухода из дому ему нужны были деньги. Он стал брать у мате­ри вещи и продавать их, у бывшей сослуживицы отца украл 500 руб­лей, которые истратил на сладости и кино. Сделался грубым, раздра­жительным, совершенно игнорировал замечания родителей. Относился к ним свысока, все и всех критиковал. Родители отмечали резкое изме­нение всего его психического склада — «как будто подменили», снизи­лась успеваемость (особенно по математике). Был направлен в санатор­ное отделение больницы. Охотно вступает в контакт, к своему непра­вильному поведению недостаточно критичен, характеризует себя как очень самолюбивого человека. Всегда старается избежать положения, где он мог бы встретить к себе насмешливое отношение, избегал шко­лу потому, что плохо успевал по алгебре. Интеллект хороший, речь, бо­гатая по запасу слов. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Наблюдается лишь эндокринная недостаточность в виде не­резко выраженного гипогенитализма (женственное лицо, избирательное отложение жира на груди и бедрах). По словам матери, мальчик за пос­ледний, год стал быстро расти. По врачебным и педагогическим наблю­дениям, характеризуется как беспечный, поверхностный, самолюбивый, с повышенной самооценкой. В первое время в отделении объединился с наименее организованными сверстниками и пытался вместе с ними про­никнуть в кладовую, где хранились детские гостинцы.

Под влиянием организованной жизни в детском коллективе после двухмесячного пребывания стал более спокойным, организованным, включился в школьные занятия и в общественную жизнь санаторного отделения. Был выписан домой с советом создать условия строгого тру­дового режима.

Катамнез через 2 года: учится в военной школе, хорошо успевает. Его поведением довольны. Ведет общественную работу. С матерью от­ношения хорошие.

В данном случае роль пубертатного периода в возникновении патологического поведения подростка является несомненной. Б

пользу этого говорят некоторые особенности клинической кар­тины: резко наступившие изменения в отношениях к родным, грубость, наклонность все критиковать. Нельзя упускать из виду и тот факт, что мальчик в допубертатном периоде был недоста­точно устойчив и у него обнаруживались признаки эндокрин­ной недостаточности. Как известно, при эндокринопатии пубер­татный период принимает более тяжелое течение. Однако при­чины возникновения патологического поведения в данном слу­чае более сложные. Дело не ограничивается только биологичес­ким фактором (бурной функциональной перестройкой эндокрин­ной и нервной систем), необходимо учесть и роль психогенного фактора. Очень важным фактором, способствующим возникно­вению патологической реакции в пубертатном возрасте, являет­ся неправильное изнеживающее воспитание подростка. Маль­чик в семье был окружен чрезмерным вниманием, в детстве не был приучен к самостоятельности, к систематической работе. У него не были сформированы более высокие интересы, навыки к общественной жизни. Чрезмерная забота о нем развивала в нем эгоцентризм и любовь ко всяким жизненным удовольстви­ям. Поэтому с началом пубертатного периода, когда снизилась работоспособность и усилились затруднения в математике, он оказался несостоятельным в борьбе с трудностями, убежал от них, всецело предавался жизненным удовольствиям. Под влия­нием лечебно-педагогической работы в санатории энергия под­ростка, ранее направленная на переживания эгоистического ха­рактера и стремления к удовольствиям, теперь направлена по правильному руслу в организованных условиях военной школы.

Отмеченная в данном случае сложность причин проис­хождения патологического поведения является закономерной. Очень часто патологическое поведение подростка в пубертат­ном возрасте зависит от неправильного поведения окружающих его взрослых в семье и школе. Ими не учитываются характерные для пубертатного периода особенности, стремление к самостоя­тельности и невыносливость ко всяким попыткам их ограничить в этом отношении. Взрослые продолжают относиться к подрост­ку как к маленькому, читают ему нравоучения и требуют бес­прекословного повиновения. В результате подросток становится еще более грубым и раздражительным, нарушается контакт между ним и старшими. В дальнейшем иногда теряется связь с семьей и нередко возникают новые связи с антисоциальными людьми.

Если своевременно не принять необходимые меры, если же­лание самостоятельности и энергия подростка соответственно

4Q-1405

не направлены, если родители, педагоги, общественные орга­низации школы не переключили интересы подростка на обще­ственно полезную деятельность, то расстройство поведения фик­сируется, принимает характер затяжного патологического состо­яния. В то же время при своевременных и соответствующих ле­чебно-педагогических мероприятиях, при включении подростка в трудовую деятельность, в правильно организованном коллек­тиве патологические реакции подростка легко обратимы. При организации лечебно-педагогических мероприятий необходимо использовать характерные черты позитивно-пубертатной фазы: возросшее самосознание, сопровождающееся повышенными тре­бованиями к себе, чувством долга перед коллективом, расшире­нием общественных интересов.

**М. И. Лапидес**

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ **ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ1**

Со времени Крепелина учение о депрессии подверг­лось значительной эволюции. Ряд авторов (Штранский, Дрейфус, Рейсе и др.) пытались доказать, что всякая депрессия или пред­ставляет собою соответствующую фазу маниакально-депрессив­ного психоза, или состоит с последним в близком родстве. Так, Рейсе в выпущенной им в 1910 г. монографии указал, что с точ­ки зрения структуры психоза, преморбидного состояния и на­следственности имеется близкая связь между конституциональ­ной депрессией и маниакально-депрессивным психозом и что от последнего идет целый ряд переходных форм к реактивной депрессии.

В результате понятие о депрессии при шизофрении, орга­нических психозах и т. д. трактовалось как проявление особен­ностей циклотимической конституции, т. е. сближалось с цирку­лярным психозом. В последующее время понятие о депрессии подверглось расчленению.

К. Шнейдер попытался разграничить эндогенную депрессию, зависящую от отражения в слое витальных чувств (по Шелеру) реактивной депрессии, являющейся расстройством высших, так называемых психических эмоций. Эндогенная депрессия, по его мнению, может наблюдаться на любом конституциональном фоне. Различие в психопатологической картине зависит от той реак­тивной «отделки», «которой подвергается депрессия со стороны личности. Майер-Гросс называет это явление «разоблачением» характера в депрессии. Вестерманн на большом клиническом материале подтвердил положение К. Шнейдера. Близкую к пос­леднему позицию занимает Вексберг.

При всей продуктивности для клиники деления депрессии на витальную и реактивную необходимо отметить те ошибки в теоретической концепции, которые допускают Шелер, Шнейдер, Ланге и другие авторы.

1. Эмоциональная жизнь отделяется у них от прочих психи­ческих актов; ей отводится исключительная роль, интеллектуаль­ное отходит на задний план перед эмоциональным.

В сборнике: «Вопросы детской психиатрии». М., 1940, стр. 39—76.

2. Нельзя говорить о витальном слое эмоций как о самосто­ятельном образовании2.

3. Нельзя устанавливать в клинике, как это незакономерно делает Ланге, абсолютно резкую границу между витальной и ре­активной депрессией; наоборот, между эндогенным и психоген­ным существуют амбивалентная связь и постоянное взаимодей­ствие, Точка зрения Ланге является схематичной и метафизи­ческой.

Аствацатуров в позднейшее время также разделяет эмоции на два рода: *таламические,* филогенетически более старые и. при­митивные, и корковые, которые выступают позднее наравне с гностическими формами. Эндогенная депрессия связана с тала-мической эмоциональностью, реактивная депрессия имеет от­ношение к корковому аппарату. Но в отдельном психическом акте переплетаются оба вида эмоциональности с преобладани­ем того или другого. Эта концепция нам ближе и понятнее.

В отношении детского возраста проблема депрессии пред­ставляется малоизученной. Эммингаус впервые в 1887 г. указал на специфику детских меланхолий, проявляющуюся в меньшей выраженности аффекта тоски, в отсутствии anxietas praecordialis, в наличии страха. С тех пор в русской литературе было описа­но несколько случаев детских депрессий (Ковалевский, Суха­нов, Сербский). Несколько историй болезни приведены в руко­водствах Циэна, Штромайера, Гомбургера.

Гиляровский в своем учебнике указывает, что маниакально-депрессивный психоз в возрасте младше 10 лет редко встреча­ется, однако многие приступы депрессии просматриваются, так как они нерезко выражены. Гуревич относит к особеннос­тям маниакально-депрессивного психоза у детей нестойкость их депрессии.

А. И. Винокурова констатирует при циркулярной депрессии возбуждение автоматической психомоторики до явных гиперки-незов включительно. Наиболее раннее возникновение депрес­сии описывает Т. П. Симеон у девочки двух лет.

В иностранной литературе приведено еще несколько казуи­стических описаний маниакально-депрессивного психоза у де­тей, в том числе и циркулярной депрессии (Дуссик и др.).

2 К. Шнейдер неправильно отделяет телесные чувства от собственно пси­хических духовных чувств, приходя, таким образом, к психофизическому дуализму.

Однако, насколько нам известно, специальные работы, по­священные детским депрессиям, в литературе отсутствуют. Ис­ходя из этого, мы решили приступить к разработке данного воп­роса. Основная задача работы — установить клиническое свое­образие и психопатологические особенности при различных деп­рессивных состояниях в детском возрасте.

При этом, во-первых, следовало показать, что депрессия не является единой болезнью, что она существует как синдром при различных нозологических формах. И патогенез депрессии, и структура ее при отдельных заболеваниях проявляются различ­но. Во-вторых, необходимо было выяснить, какое влияние ока­зывает возрастной фактор на структуру и течение депрессии.

Обработке подвергся материал, прошедший через детское от­деление психиатрической больницы им. Кащенко за 1932—1937 гг.

Всего вошло в работу 55 случаев. В каждом отдельном слу­чае изучались данные наследственности (в размере, доступном клиницисту), преморбидная личность, соматическое и психичес­кое состояния.

Понятие преморбидной личности включало в себя сово­купность врожденных и приобретенных свойств больного, а не только конституциональные данные. Приходилось считаться с разными экзогенными влияниями (например, инфекциями), мо­гущими вызвать глубокие изменения в организме до начала раз­бираемого заболевания. Течение заболевания прослежено за пе­риод от одного года до 6 лет. Работа распадается на следующие разделы:

а) циркулярные депрессии..........................................3

(и три сомнительных)

б) шизофренные......»..................................................16

в) реактивные..........я..................................................11

г) расстройства настроения при эпилепсии.......12

д) расстройства настроения при инфекциях......10

В настоящей статье подробно освещены расстройства на­строения при маниакально-депрессивном психозе и шизофре­нии; что касается инфекционных и эпилептических дистимий, а также реактивных депрессий, то они будут служить предметом особых сообщений.

**ЦИРКУЛЯРНЫЕ ДЕПРЕССИИ**

Чрезвычайно поучительным является тот факт, что из

4576 больных, прошедших за последние 6 лет через детское

■ отделение психиатрической больницы им. Кащенко, мы только в

трех случаях можем более определенно утверждать, что имеем дело с маниакально-депрессивным психозом. Первоначально этот диагноз ставился нами значительно чаще, но к концу пребыва­ния больного в стационаре нередко приходилось от него отка­зываться. Были и такие случаи, когда возникла необходимость пересматривать диагноз 'через год или даже два года и менять его в сторону шизофрении или органического заболевания цен­тральной нервной системы.

От чего же зависят трудности в правильной постановке ди­агноза циркулярного психоза и каким критерием можно для этой цели пользоваться? Клинический опыт нас учит, что наблюде­ние за психопатологической картиной и изучение структуры деп­рессии являются далеко не достаточными. Если и у взрослых возможны диагностические ошибки, то у детей они должны на­блюдаться еще чаще; достаточно вспомнить присущие детям ка­чества: лабильность аффекта, реактивность, физиологическую сла­бость задержек и пр. Психопатологическая симптоматика у де­тей значительно скуднее и однообразнее, чем у взрослых; по­этому эндогенная депрессия, например, при шизофрении мо­жет мало чем отличаться по симптоматике от маниакально-деп­рессивного психоза.

Для того чтобы решить вопрос о диагностике, помимо пси­хопатологического анализа следует проследить за течением бо­лезни на протяжении ряда лет. И если больной не деградирует после отдельных приступов, если личность его не подвергается каким-либо изменениям, если не появляется новая неврологи­ческая симптоматика, а в последующих приступах не проскаль­зывают основные шизофренические симптомы, то лишь тогда имеется возможность говорить о настоящей циркулярной деп­рессии:

С этой точки зрения для нас не вполне убедительными яв­ляются случаи маниакально-депрессивного психоза у детей, опи­санные в литературе, где катамнестические наблюдения не были достаточно продолжительными.

Мы полагаем, что маниакально-депрессивный психоз, в ча­стности его депрессивная фаза, является редким заболеванием в детском возрасте. Особенно редко встречаются выраженные формы, поэтому на материале большого психиатрического отде­ления их оказалось так мало. Легкие же формы совсем не по­падают в психиатрическую больницу, так как протекают очень мягко и их трудно отличить по скудной симптоматике и нестой­кости от физиологической лабильности аффекта у детей.

**КМ**

Г. Е. Сухарева описала 4 случая циклотимии в детском воз­расте со сменой фаз, с настоящими витальными депрессиями. Автор считает их идентичными циклотимии взрослых. Нам ка­жется, что подобная форма маниакально-депрессивного психоза и является наиболее характерной для младшего детского возраста.

Переходя к разбору наших случаев, мы должны помнить о той осторожности в выводах, к которой нас обязывает такой не­большой материал. Поэтому многие из наших утверждений надо принимать условно.

**Общая характеристика данной группы**

**Наследственность и преморбидная личность.** Можно сказать с определенностью, что по восходящей линии в роду преобладают синтонные люди, встречаются циклоиды, отмеча­ются заболевания раком. В препсихотическом состоянии дети представляются общительными, жизнерадостными; они откры­ты, доступны, тянутся к товарищем, добры, иногда чрезмерно болтливы. В двух случаях имеются еще черты некоторой неус­тойчивости, аффективной лабильности. По своему телосложению двое стоят близко к пикнико-атлетическому складу, третий — сме­шанного телосложения. В физическом состоянии больных обра­щает на себя внимание ряд вегетативных расстройств: симптом Хвостека, холодные влажные конечности и пр.

**Психопатологическая картина.** Что касается психопатоло­гической картины, то она характеризуется все же в первую очередь общей подавленностью, тоскливостью. Тоска не про­является внешне очень ярко, иногда она сопровождается вя­лостью. Но при циркулярной депрессии вялость не заслоняет собою тоскливости, которая проявляется наглядно, ясно. Жа­лобы ребенка носят определенный характер: «мне скучно, мне тоскливо». Часто на глазах показываются беспричинные сле­зы. Настроение колеблется в течение дня, но, как это почти всегда бывает у детей, с утра оно лучше, нежели вечером. В контакт удается вступить без труда, хотя больные и не ищут сами помощи у врача. Сохраняя присущую ему вне болезни открытость, доступность, больной отвечает на вопросы, расска­зывает о своих переживаниях. Эти последние часто носят амор­фный, недифференцированный характер («тяжело, тоскливо»), сопровождаются ипохондрическими жалобами на давление в грудной области (anxietas praecordialis), головные боли, общую

слабость. Появляется пониженная самооценка, больной считает себя совершенно неспособным, ненужным в жизни, в одном слу­чае были выраженные бредовые идеи: все плохо относятся к больной, насмехаются над ней; но она считает, что это ею впол­не заслужено, что она большего не стоит в силу своей никчем­ности. Такого рода высказывания можно отнести к идеям само­обвинения, они имеют какое-то объяснение в системе пережи­ваний, восприятий и ощущений больной, а не выступают ауто-хтонно. Особенно мучительно воспринимается больными затор­моженность. Отсутствие всяких интересов, аспонтаннрсть, безынициативность на пике депрессии переходят в ступор или по крайней мере в резкую замедленность всей психической деятельности. Подобное явление ощущается как физическая зат­рудненность. Больной сам укладывается в постель, говорит нео­бычайно тихо и медленно; уверяет, что ему надо сделать над собой усилие, чтобы подать голос, спустить ноги с кровати и пр. Одному из больных в таком состоянии товарищи по отделе­нию дали кличку «мертвец». Больная девочка говорит, что в это время у нее «язык во рту не поворачивается». Ослаблены вле­чения, больные теряют аппетит, резко худеют, имеют бледный, осунувшийся вид. Теряют в весе за декаду 2—3 килограмма. Ки­шечник плохо работает, склонность к запорам. С вечера боль­ной долго не засыпает, спит очень тревожно.

Для иллюстрации приводится следующая история болезни.

Ира Л,, 14 лет, поступила в детское отделение психиатрической больницы им. Кащенко 10 октября 1933 г., выписалась 31 января 1934 г.

*Жалобы:* тоскливость, слезы, затруднения в учебе.

*Наследственность:* отец 45 лет, алкоголик, жестокий, деспотичный, не терпит противоречий, бьет детей, вспыльчивый, раздражительный.

Дед по отцу умер 50 лет от пневмонии; был спокойный, ровный, общительный.

Бабка умерла от родов, сведений нет.

Дядя 40 лет, пьет, общительный, открытый, болтливый.

Дядя 35 лет, замкнутый, скрытый, молчаливый.

Мать 45 лет, общительная, доступная, живая, склонна к истерикам.

Дед по матери 70 лет, прямой, твердый, скупой.

Бабка по матери добрая, отзывчивая, общительная.

У матери было двое родов и два искусственных аборта. Младший сын 9 лет — нервный, раздражительный.

Личное *прошлое:* беременность тяжелая, со рвотами. Роды нормаль­ные. Развивалась правильно. До году была очень крикливым ребенком, в 1'/2 года перенесла в течение 2 месяцев кровавый понос, несколько

замедливший развитие ребенка. В дошкольном возрасте была общитель­ной, приветливой, охотно играла с детьми, которыми любила командо­вать. Боялась темноты, жуликов. Проявляла настойчивость, упрямство. В 7 лет пошла в школу. Первые годы училась посредственно, так как дома были неблагоприятные условия из-за пьянства отца. Когда пере­шла в IV класс, отец уехал, и с тех пор девочка учится очень хорошо. Стремится всегда быть первой. Очень активна в общественной жизни школы, занимает руководящие должности в- пионеротряде. Считается хо­рошим товарищем, помогает подругам в учении, контактна, со всеми в хороших отношениях. В то же время неустойчива, обидчива, капризна, упряма.

*История настоящего заболевания:* за две-три недели до заболева­ния у девочки были волнения в связи с приездом отца, который в это время много пил. Но отец вскоре уехал, а у девочки только через 6—7 дней (15 августа) вдруг появилась тоскливость; без всякой причины пла­кала, плохо спала и ела. 1 сентября пошла в школу и тут же начала уве­рять, она не справится с учебой, что она не в состоянии заниматься, у нее якобы плохая память и т. д. Через три недели все прошло: больная опять стала веселой, живой, хорошо занималась. Спустя две недели снова начала тосковать, плакать. Сидела в задумчивости, жаловалась, что она ни к чему не способна. Были мысли о том, что следует с собою покон­чить. Слышала оклики, однажды ощутила в пище привкус керосина. Ка­залось, что к ней плохо относятся. В состоянии угнетенности поступи­ла в детское отделение больницы им. Кащенко.

Физическое *состояние:* телосложение смешанное, приближается к пикнико-атлетическому. Кожа пигментирована. Внутренние органы без отклонений.

Черепно-мозговые нервы в порядке. Движения и чувствительность сохранны. Живые, равномерные сухожильные рефлексы. Брюшные реф­лексы хорошо выражены. Дрожание век и пальцев вытянутых рук, ак-роцианоз, гипергидроз ладоней.

Клинический анализ крови, мочи не представляет отклонений от нормы. РВ в крови отрицательна.

*Психическое состояние:* настроение подавленное, жалуется на тос­ку, но сама не может понять ее причины. Очень часто плачет, без вся­кого повода. Самочувствие пониженное, «щемит сердце», других ипо­хондрических жалоб не высказывает. Содержание представлений окра­шено в печальные тона. Ей кажется, что она больше никогда не сумеет заниматься в школе, что она растеряла все свои способности, особен­но память. Ей представляется, что все ее подруги и соседи по палате лучше, красивее, умнее, чем она сама. Больной кажется, что все окру­жающие понимают, что она представляет из себя ничтожество, и по­этому относятся к ней очень плохо. «Ну что ж, я это и заслужила»,—

говорит девочка. Самооценка явно пониженная. Она очень вяла, пас­сивна, ничем не интересуется, ни за что не может взяться. Если и бе­рется за какое-либо дело, то тут же его в слезах бросает. На школьные занятия и в мастерские не ходит.

Ассоциативные процессы замедлены, С трудом читает книгу, не сра­зу понимает содержание. Говорит медленно, напрягаясь и подбирая сло­ва. Сама в разговор не вступает, но контакт с ней удается завязать без труда; она откровенно рассказывает врачу обо всех своих пережива­ниях. Девочек не чуждается.

Ходит медленно, большей частью сидит на месте, предпочитает ле­жать. С утра встает усталая, разбитая, к вечеру чувствует себя еще хуже. Выражение лица грустное, страдальческое. Плохой аппетит. Вес падает.

В гипоманиакальном состоянии, которое следует за депрессией с интервалом в 7—8 дней,, наблюдаются и хорошее самочувствие, и повы­шенное настроение. Она громко поет, танцует в отделении, часто хохо­чет. Очень разговорчива, шумлива; можно говорить о настоящем рече­вом возбуждении. Проявляет жажду деятельности, организует утренни­ки, проводит репетиции, набирает себе массу ролей. Стремится быть на первом плане, эгоцентрична. Проявляет большую настойчивость, требовательность, становится надоедливой. Несмотря на приподнято-ве­селое настроение, она неустойчива, раздражительна, капризна; отсюда ссоры с окружающими. Выражено сексуальное чувство, постоянно за­тевает возню с мальчиками. Очень кокетлива.

Все быстро усваивает, несмотря на неустойчивое внимание. Наход­чива в ответах, остроумна. Движения ловкие, быстрые, мимика адек­ватная.

В светлом промежутке девочка представляется контактной, общи­тельной, доступной. Она все время находится в кругу подруг и пользу­ется их общей любовью. Настроение обычно хорошее, но все же не­устойчивое; она обидчива, ранима, раздражительна. Любит играть пер­вую роль в детском коллективе. Стенична, упорна. Очень хорошо и про­дуктивно работает в классе и мастерских.

*Результаты психологического обследования2* (в состоянии депрес­сии). Интеллект полноценный. Хорошо разбирается как в словесном, так и в наглядно-зрительном материале. Логические процессы достаточны в области конкретного материала. При различении, нахождении сходства описывает преимущественно внешний вид вещи. Абстрактные понятия склонна конкретизировать примерами. Внимание неустойчивое. Память хорошая. Ассоциативный процесс замедленный, заторможенный, с задер­жками на комплексных словах. Теми всех работ значительно замедлен.

Произведено И. П. Кононовой.

*Течение.* До 17/Х продолжалась депрессия, с 21/Х по 10/XI наблю­далось гипоманиакальное состояние, затем в течение недели светлый промежуток, а с 17/XI вновь депрессия до 28/XI. После гипоманиакаль-ного состояния, продолжавшегося 15 дней, была выписана в светлом про­межутке.

*Диагноз.* Маниакально-депрессивный психоз.

*Лечение.* Гидротерапия, общеукрепляющие, психотерапия.

*Катамнез.* Девочка в 1933 г. здорова. Хорошо учится, в школе полу­чает награды. Принимает большое участие в общественной жизни шко­лы, занимается с отстающими. Очень весела, подвижна, пользуется об­щей любовью. По-прежнему упорна, настойчива, но лабильна и ранима.

*Эпикриз.* В преморбидном состоянии девочка синтонная, но с явле­ниями общей неустойчивости, приближающей ее к реактивно-лабиль­ному складу личности. В наследственности встречаются как циклоиды, так и шизотимы. Отец психопат, алкоголик. Началу заболевания пред­шествовали неприятные переживания. Психопатологическая картина имеет характер эндогенной депрессии: налицо элементы заторможения во всех областях, падение веса и пр. Но наряду с пониженной само­оценкой и идеями самообвинения констатируются отдельные галлюци­нации, намеки на идеи отношения.

Прежде всего следует исключить диагноз реактивной депрессии. Действительно, депрессия возникла уже после того, как травмирующее переживание исчезло; содержание болезненных представлений не име­ет ничего общего с травмирующим переживанием, и, наконец, возник­новение маниакальных фраз говорит против диагноза реактивной деп­рессии. Можно думать и о шизофрении: подозрение вызывают галлю­цинации, элементы идей отношения. Однако галлюцинации носят еди­ничный характер, а бредовые мысли, которые можно было бы истол­ковывать как идеи отношения, тесно связаны с пониженной самооцен­кой больной и, может быть, отсюда и происходят.

Против шизофрении говорят и дальнейшие наблюдения, которые по­казывают, что в личности больной не произошло никаких сдвигов. Поэтому данное заболевание можно расценивать как маниакально-депрессивный психоз.

Как мы видим, отдельным приступам могут предшествовать неприятные переживания, но другие приступы у той же больной возникают спонтанно. Кроме того, психическая травма не явля­ется в дальнейшем даже патопластическим материалом. В выс­казываниях больных о ней не упоминается. Поэтому травме в таких случаях приходится придавать значение лишь провоциру­ющего фактора. Дальнейшее течение заболевания окончательно подтверждает эту мысль. Течение болезни имеет некоторые осо­бенности. Во всяком случае, депрессивные фазы сравнительно

коротки — от нескольких дней до 1'/2—2 недель. В начале заболе­вания короткие и частые фазы следуют одна за другой с неболь­шими светлыми промежутками, а затем наступает длительный перерыв. Внезапный переход от депрессии к маниакальной вспышке также не является характерным. Или имеется светлый промежуток, или переход осуществляется постепенно. Что каса­ется маниакальных фаз, то они также более кратковременны, чем у взрослых. Настроение у больного повышенно-веселое; он чрез­вычайно отвлекаем, нет такого однообразия, как, например, при шизофрении. Больной проявляет большую деятельность, влечения повышенны. Вместе с тем обнаруживается большой эгоцентризм, склонность к асоциальным поступкам.

Не останавливаясь подробнее на маниакальных состояниях в детском возрасте, мы считаем необходимым подчеркнуть, что отдельные симптомы и даже их совокупность, встречающиеся в обеих фазах, могут лишь оказать помощь при диагностических затруднениях, но не в состоянии решить этот вопрос целиком. Помимо того, что маниакально-депрессивный психоз редко встре­чается у детей, нужно указать, что не все случаи являются ди­агностически ясными и что наблюдение за течением заболева­ния иногда тоже не решает вопроса о диагнозе. Диагностичес­ки неясные случаи отмечаются, во-первых, при органической мозговой недостаточности; во-вторых, сам подростковый возраст придает картине заболевания налет гебефренности, кататоноид-ности (Крепелин, Ланге}.

В подобных случаях нам иногда не помогает и анализ мани­акального состояния. Часто трудно отличить маниакальную фазу циркулярного психоза от гебефренного или органического воз­буждения. Например, гневливость и раздражительность могут появиться не только при органическом возбуждении, но и при циркулярном психозе. Кроме того, у детей и подростков маниа­кальное состояние при циркулярном психозе иногда проявляет­ся в виде простого двигательного расторможения, асоциального поведения с налетом дурашливости и пр. Поэтому рассмотре­ние структуры маниакального состояния никак не может явить­ся решающим диагностическим критерием.

В результате изучения циркулярной депрессии в детском возрасте мы пришли к заключению, что возрастные факторы ока­зывают значительное воздействие на структуру и течение цир­кулярных депрессий, а именно:

1) в данном возрасте наблюдается большое число атипичес­ких форм, поэтому диагноз является особенно затруднительным;

2) выраженные формы циркулярных депрессий встречают­ся у детей и подростков исключительно редко. Легкие формы, по-видимому, наблюдаются чаще, но они до психиатрической больницы не доходят;

3) аффект тоски проявляется не так ярко, как у взрослых;

4) часто наблюдаются страхи неопределенного и безотчет­ного характера;

5} для психопатологической картины депрессии характерны бедность и рудиментарность симптомов (малое количество жа­лоб, их неопределенность и пр.);

6) у больных отсутствует стремление искать помощь и поддержку у окружающих в отличие от того, что мы видим у взрослых;

7) как бредовые идеи, так и ипохондрические жалобы наблюдаются значительно реже, чем у взрослых;

8) дневные колебания настроения протекают в обратном по­рядке по сравнению со взрослыми, т. е. утром больные чувству­ют себя лучше, чем вечером;

9} депрессивные фазы носят кратковременный характер.

ШИЗОФРЕННЫЕ **ДЕПРЕССИИ**

Рассмотрению подлежало 16 историй болезни. Боль­ничный материал, собственно, этими случаями не ограничивал­ся. Так, из 212 больных шизофренией, поступивших в больницу за 2 года, в 40% случаев заболевание начиналось с депрессии. Однако были взяты более ясные, выпуклые случаи, где удалось более тщательно собрать все необходимые сведения. Первое, что обращает на себя внимание, это то, что среди 16 больных млад­ше 12 лет никого не оказалось. Причем 12-летних ребят только двое, остальные же от 14 лет и выше. По ходу наших рассуж­дений в дальнейшем мы постараемся этому факту дать некото­рое объяснение.

Из 16 больных девять случаев можно отнести к циркулярной шизофрении. Под последней мы понимаем не только фазное те­чение; сам симптомокомплекс в психопатологической картине отдельных фаз также можно было по его содержанию назвать депрессивным или маниакальным. В остальных 7 историях бо­лезни не было ясной периодичности в течение заболевания, и только отдельные, преимущественно первые, приступы были деп­рессивно окрашены, тогда как остальные носили типично ши­зофренический характер.

**Общая характеристика данной группы**

**Наследственность и преморбидная личность.** Если об­ратиться теперь к изучению наследственных данных и премор-бидных особенностей, то надо сказать, что в этой области соот­ношения у детей сходны с теми, что найдены для взрослых. В пяти случаях циркулярной шизофрении отмечаются синтонные личности с наследственной отягощенностыо циркулярного кру­га. Остальные являются шизоидами, но по восходящей линии у них имеются родственники с эндогенными расстройствами на­строения. Только в одном случае несомненной циркулярной ши­зофрении наблюдаются иные факторы: шизоидная препсихоти-ческая личность и преобладание шизоидов в наследственности. Что касается нециркулярной шизофрении, то среди данных боль­ных половину составляют синтонные дети, имеющие в роду лиц со склонностью к колебаниям настроения. Двое принадлежат к конституционально-депрессивным с шизоидными и психастени­ческими включениями, один — явный психастеник. И лишь один — выраженный шизоид, у которого в роду нет ничего характерного.

В 3 случаях из 16 в роду имеются шизофрения и подозри­тельные по шизофрении заболевания.

Несомненно, что у нас, особенно в первой (циркулярной) под­группе, и преморбидная личность, и наследственные соотноше­ния стоят ближе к маниакально-депрессивному психозу и дру­гим аффективным расстройствам, чем в тех случаях шизофре­нии, где депрессивные явления отсутствуют. Наличие тревож­но-мнительных характеров и в преморбидной личности, и в на­следственности, а также конституциональной репрессии в двух случаях тоже не является случайным.

В общем следует сказать, что приходится считаться не толь­ко с циклоидным темпераментом, но и с общей неустойчивос­тью, аффективной лабильностью.

**Телосложение и соматические симптомы.** Переходя к сома­тическим данным, мы должны обратить внимание на то, что даже в первой подгруппе не удается доказать преобладание типа Ма-уца. Пикнические компоненты были обнаружены лишь в двух случаях из 16. Вообще преобладающей формы телосложения не было возможности установить; кроме пикников имеются в рав­ном количестве астеники, атлетоиды, диспластики, смешанные формы.

В отношении неврологической симптоматики надо сразу ого­вориться, что хотя легкие органические симптомы — зрачковые,

лицевые асимметрии и пр.— не являются исключением, однако мы не можем придавать им значения. Они служат отражением основного процесса и наблюдаются при различных формах ши­зофрении как у детей, так и у взрослых (Сухарева, Членов и Попова).

Большое значение имеют расстройства в области вегета­тивной сферы. Они наблюдаются у 10 человек. Отсюда мрамор-ность и отечность кожи, акроцианоз, живая игра вазомоторов, резкий красный дермографизм, потливость и пр. Эта симптома­тика при ремиссиях не исчезает, а лишь смягчается, что указы­вает на известную вегетативную неустойчивость, вообще свой­ственную данным больным.

Все остальные соматические симптомы носят преимуществен­но субъективный характер. Остановимся кратко на начале за­болевания.

**Начало заболевания:** почти у всех больных (14 из 16) основ­ное заболевание открывалось депрессивным дебютом. Первому приступу иногда предшествовала психическая травма; однако раздражитель был очень незначительным, и после того, как он терял свое значение, депрессивное состояние не проходило.

**Психопатологическая картина.** Здесь мы считаем целесооб­разным остановиться отдельно на циркулярной и нециркуляр­ной форме шизофрении.

Вначале постараемся описать то, что наблюдается при **цир­кулярной** шизофрении.

В состоянии депрессии ребенок вял, пассивен, безынициа­тивен. Он ничем не хочет и не может заняться; сидит на одном месте, опустив голову; ни с какими вопросами к персоналу и де­тям не обращается. Вовлечь ребенка в игру, чтение книг и пр. обычно не представляется возможным. Идет к обеду, на умыва­ние после напоминаний, а иногда совершенно отказывается от еды. Все делает чрезвычайно медленно, как бы нехотя: ходит согнув­шись, выражение лица скорбное, мимика всегда однообразно стра­дальческая. Взаимоотношения с внешним миром нарушены, ре­бенок не реагирует почти совсем на окружающее, даже на оби­ды, подталкивания, поддразнивания детей. Вступить с больным в контакт обычно очень трудно. Он с трудом отвечает на вопросы, давая односложные ответы, а иногда не отвечает совсем. Изред­ка удается заставить его немного высказаться. Однако и тогда он не поражает богатством переживаний; содержание их скуд­но, убого, однообразно. Он жалуется на то, что ему ничего не хочется делать, что ему скучно. Иногда больной прямо указывает

на тоскливость. Обычно он не старается подыскать причины для объяснения подавленного настроения, не ищет помощи у врача. На глазах в это время изредка показываются слезы. Жалобы на плохое самочувствие не всегда носят конкретный характер, обычно больной указывает на общую разбитость, слабость, вялость, зат­рудненность движений. Указания на головные боли, на болезнен­ные ощущения в области груди наблюдаются значительно реже, чем во второй подгруппе. Там же, где были ипохондрические жалобы {в двух случаях), наблюдались тревожность и неоформ­ленные страхи темноты, одиночества. Интересно, что это мы ви­дели у личностей шизоидного склада; остальные страхов, трево­ги не высказывают. Нет у них и ажитированности; общее недо­вольство, раздраженность были констатированы лишь у одной больной. На первый план выступают вялость, заторможенность. Больной иногда растерян, беспомощен; попав в новое отделение, долго не может запомнить имен детей, персонала, не знает, где ему держать носовой платок и т. д. Однако среди односложных высказываний больного часто удается выяснить измененное от­ношение к окружающему миру: ему кажется, что все обращают на него внимание, смотрят по-особенному, что все происходящее вокруг с ним как-то связано, что врачи лишний раз приходят ради него в отделение, в ванной для него делают ремонт и т. д. Гораз­до реже мы отмечаем бредовые идеи самообвинения, греховнос­ти, преследования. Высказывания обычно сводятся к тому, что родители и окружающие страдают напрасно из-за плохого пове­дения больного. При всем этом больной не верит в свое выздо­ровление, думает о том, что он никогда не будет учиться в школе. Еще раз надо оговориться, что параноидный налет в той или иной примитивной форме присущ почти всем больным, но его развитие мы наблюдали лишь в одном случае. Интеллектуаль­ной работой такие больные совершенно не в состоянии занять­ся, несмотря на то что интеллект по существу не пострадал. Од­нако резко страдает внимание: оно неустойчивое, не поддается сосредоточению. Но самое главное—то, что больной не может себя заставить работать, у него не хватает импульса к действию. Имеет значение также резкое сужение кругозора и уход в себя. Для окончательной характеристики деперессивного синдро­ма при циркулярной шизофрении надо подчеркнуть тот слабый аффективный оттенок, которым окрашены переживания больного. У него не тоска, а скука; плакать ему хочется отнюдь не всегда, и о своих бредовых идеях он рассказывает без особого оживле­ния. Напряженность аффекта отсутствует; больше безразличия

624

и, главное, вялости. Дневные колебания настроения не имеют такой закономерности, как у взрослых. Наоборот, к вечеру боль­ной обычно чувствует себя хуже, чем утром.

Течение циркулярной шизофрении различно. В некоторых случаях депрессивные фазы наблюдаются 2—3 раза и стирают­ся продолжающимся основным заболеванием. В других случаях кратковременные депрессии повторяются 10—15 раз. Продол­жительность отдельных приступов очень небольшая — 8—10 дней, редко доходит до месяца. В светлом промежутке больной долгое время кажется сохранным, но промежутки делаются все более и более короткими, больной медленно деградирует.

Сама структура депрессии также претерпевает изменения. Первые вспышки иногда малоотличимы от циркулярных депрес­сий, аффективность более сохранная, элемент тоскливости яс­нее выражен, бредовые идеи еще не проскальзывают. С про­движением шизофренного процесса больной в дальнейших при­ступах становится более вялым, появляются стереотипии, авто­матизмы, затем параноидные явления, а иногда кататонические элементы.

У большинства больных можно было видеть также и ма­ниакальные или гипоманиакальные фазы. У отдельных больных количество их меньше, нежели число депрессивных приступов. Они имеют ясный шизофренный оттенок: однообразие, непро­дуктивность, отсутствие действительно веселого настроения, ге-бефренные черты и пр.

Для иллюстрации депрессивного синдрома при циркуляр­ной шизофрении приводится следующая история болезни.

Петр К., 14 лет, поступил в детское отделение психиатрической больницы им. Кащенко 10 марта 1937 г., выписан 1 августа 1937 г.

*Жалобы:* смены настроения, затруднения в учебе.

*Наследственность:* отец умер 43 лет от рака печени; веселый, раз­говорчивый, мягкий, общительный.

Дед по отцу умер 52 лет от туберкулеза легких; был мягкий, доб­родушный, жизнерадостный, уживчивый.

Бабка по отцу, 89 лет, спокойная, общительная, сензитивная.

8 дядей и теток по отцу, синтонные, живые, мягкие, эмоциональ­ные люди.

Дядя по отцу, 23 лет, общительный, впечатлительный, бывают коле­бания настроения, преобладает веселое.

Мать 46 лет, неустойчивая, впечатлительная, психически невынос-лиьая, фиксирована на неприятностях, суетлива, многоречива.

Дед по матери умер 84 лет от воспаления мочевого пузыря, бабка по матери умерла 64 лет от рака желудка — спокойные, добрые, общи­тельные, веселые люди.

Дядя по матери 58 лет синтонного склада. Двоюродный брат по мате­ри — малоразговорчивый, необщительный. У матери имеется еще одна дочь 24 лет; в 15 летнем возрасте в течение 8 дней была возбуждена, нео-пределенные страхи, идеи отношения, вела себя нелепо, проявляла сексу­альность, после этого некоторое время была в приподнятом настроении. Личное *прошлое:* беременность и роды нормальные. Раннее разви­тие правильное. Из инфекций перенес корь и пневмонию в 5 лет, скар­латину в 8 лет. В дошкольном возрасте был тихим, незаметным, вялым, малообщительным; безразлично относился к окружающим, ничем не интересовался, не играл с детьми, стоял обычно у стены один. Мотор-но неловкий, неуклюжий. Спокойный, послушный, был привязан к родителям. Учится с 9 лет, учение давалось без труда, но в V кл. с 13 лет стал учиться посредственно. В школьном возрасте стал живее, но все же товарищей не завел, держался особняком в школе и дома. От­кровенным ни с кем не был, оставался вялым, замкнутым. Много чи­тал, рисовал. Тяжело переживал смерть отца, скончавшегося пять лет тому назад; плакал в течение двух месяцев.

*История настоящего заболевания:* года полтора-два тому назад по­явились смены настроения. Они возникают беспричинно. В подавлен­ном, «смутном» состоянии он вял, безразличен к окружающему, апати­чен, пассивен, разговаривает еще менее обычного. Тосклив, плачет, по­являются страхи, боится оставаться один дома. Говорит, что все на не­го смотрят, что в нем есть что-то особенное, странное. Жалуется на боли в голове, в области сердца, в боку. Плохо спит. Дней через десять становится возбужденным, двигательно беспокойным, ноет, свистит, кричит, цинично ругается. Ссорится с окружающими, придирается к ним, избивает мать и сестру. Всем недоволен, все критикует. Сексуа­лен, стремится к девочкам. Гримасничает, смеется без достаточного по­вода. Бывают и нелепости. Однажды заперся дома, никого не впускал; вызванный милиционер влез в окно и увидел, что мальчик сидит спо­койно за столом и готовит уроки. Объяснений своему поступку не дал. В другой раз снял дверь с перегородки, разбил окно, открыл водопро­водный кран и собирался затопить кухню. Из школы в период возбуж­дения жалоб поступает мало. Длится это около трех недель. Светлых промежутков почти не бывает.

*Физическое состояние:* смешанное телосложение; питание пони­жено. Первый тон сердца приглушен, ослаблен, пульс неровный. В ос­тальном внутренние органы в норме.

Небольшая анизокория. Световая реакция зрачков живая. Язык от­клоняется слегка вправо. Движения в конечностях достаточны по объему

626

Содружественные движения замедленны, неловки. Резко повышены су­хожильные и периостальные рефлексы, кожные — норма. Разгибатель-ный подошвенный рефлекс с обеих сторон, Акроцианоз, потливость конечностей, мраморность кожи. Слух снижен. Дно глаза в норме. Моча и кровь — без изменений. Реакция Вассермана в крови отрицательна. Ликвор нормальный.

*Психическое состояние:* наиболее характерным в психическом со­стоянии мальчика является смена фаз подавленности и возбуждения. В подавленном состоянии, которое длится 10—15 дней, он вял, пассивен, безынициативен. Нарушены взаимоотношения с внешним миром: маль­чик ни к кому не обращается, едва отвечает на вопросы, а иногда и совсем не отвечает. Настроение подавленное, изредка плачет, но помо­щи у окружающих не ищет. Совершенно бездеятелен, ничем не может заняться. Не реагирует на окружающее, даже на обиды со стороны де­тей. Иногда удается заставить его немного высказаться; он говорит тогда, что ему печально, но он сам не знает причины этому. В другой раз маль­чик начинает жаловаться на свою плохую участь, бедность, боится, что не перейдет в следующий класс; говорит, что думает о своем плохом поведении дома, винит себя за это, «сам себя ни во что не ставлю». Бы­вает, что ему кажется, будто все на него смотрят по-особенному, что видят, какой он плохой. Высказывает ряд ипохондрических жалоб: боли в сердце, головные боли, кишечник плохо действует, приходится при­бегать к клизме. Язык обложен, плохой аппетит, плохой сон.

Часто растерян, беспомощен, в новом отделении долго не может за­помнить имен ребят и персонала, не знает, как ему обратиться с прось­бой, чтобы дали книгу. Получив книгу, не читает ее. Чувствует себя напряженно—«всех стесняюсь». Оглядывается по сторонам. Речь моно­тонная, голос плохо модулирует, Мимика однообразная, выражение лица печальное. Походка замедлена.

Как сказано выше, в состоянии депрессии у больного нет никаких выраженных интересов, он с большим трудом владеет своим внимани­ем, не в состоянии на чем-либо сосредоточиться. Ассоциативные про­цессы резко замедлены.

Депрессия в течение одного-двух дней переходит в состояние воз­буждения, которое длится 20—40 дней. Светлых промежутков по суще­ству не наблюдалось.

В гипоманиакальном и маниакальном состояниях у мальчика хоро­шее самочувствие. Ипохондрические жалобы исчезают. Заявляет: «От­лично себя чувствую, отличное настроение, отлично занимаюсь». Он сме­ется, острит. Однако настоящего веселья у мальчика нет, больше про­является двигательное и речевое возбуждение. Он расторможен, сует­лив, развязен, соскакивает с кровати, швыряет стульями, стучит дверь­ми. Вмешивается во все разговоры, конфликтует с детьми и персоналом.

Груб, резок. Бывали случаи агрессии по отношению к персоналу; драз­нит и избивает младших детей. Вспыльчив, раздражителен, высказыва­ет недовольство всем окружающим, начинает уверять, что к нему пло­хо относятся, иногда обвиняет персонал без всяких оснований в гру­бом обращении с ним. Все это не совсем гармонирует с его высказыва­ниями об отличном настроении. В состоянии возбуждения ни с кем из окружающих не устанавливает тесного контакта, сближение кое с кем из детей происходит изредка, разве только на почве общего стремле­ния к нарушению режима и озорству. О родных мало воспоминает и о них не беспокоится.

В своей шумливости, расторможенности совершенно бесцелен, оп­ределенных интересов нет. Но заметно повышена сексуальность; посто­янно вбегает к девочкам в палату, поет циничные песни, обнажается. Часто дурашлив: однажды помочился у батареи; употребляет циничные выражения. В классе неусидчив, часто выбегает, внимание неустойчи­вое; однако если мальчик становится немного спокойнее, то он занима­ется продуктивнее.

Лицо красное, глаза блестящи. Походка разболтанная, развинчен­ная, в костюме небрежен. Спит хорошо, лишь на высоте возбуждения поздно засыпает. Аппетит повышен.

Переход из состояния депрессии в возбужденное состояние зани­мает один-два дня. Депрессивное состояние в больнице наблюдалось 4 раза, маниакальное — трижды.

Выписан на исходе гипоманиакального состояния. Сравнительно спокоен, держится в стороне, ни с кем из окружающих почти не раз­говаривает, не интересуется происходящим вокруг. Ничего не делает, книг не читает, говорит, что трудно усваивать прочитанное.

*Диагноз:* циркулярная форма шизофрении.

По выписке волнообразные колебания настроения продолжаются. В состоянии небольшого возбуждения пытался сдавить нос матери и но­ворожденному племяннику; последнего едва удалось унести. Учиться ста­ло труднее. Сделался еще более замкнутым.

*Эпикриз:* в наследственности обращает на себя внимание большое количество синтонных людей, есть и циклоиды. Вместе с тем встреча­ются отдельные шизоиды, сестра больного перенесла в 15 лет острое душевное заболевание, подозрительное в смысле шизофрении. В пре-морбидном состоянии сам мальчик представляется типичным шизоидом, вялым, замкнутым, малообщительным. На таком шизоидном фоне на­блюдаются в течение последних двух лет сменяющие друг друга состо­яния возбуждения и угнетения. Дифференциальный диагноз может идти между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом.

Что говорит в пользу первого предложения и против последнего? Прежде всего и в маниакальном, и в депрессивном состоянии аффект

неяркий. В депрессивном состоянии больше вялости, чем тоски; в ма­ниакальной фазе больше гневливости, раздраженности, дурашливости, чем веселья. Серьезным аргументом в пользу шизофрении является из­вестная диссоциация в психике, которая проявляется в нелепостях, не­адекватных реакциях (беспричинный смех). При более внимательном наблюдении вырисовываются определенная эмоциональная опустошен­ность, отсутствие привязанностей к кому бы то ни было, аспонтанность.

Усилилась замкнутость, можно говорить о настоящем аутизме. Ха­рактерно, что смены настроения следуют одна за другой без светлого промежутка.

Все это заставляет высказаться в пользу диагноза шизофрении.

**Депрессивные состояния при шизофрении, протекающей нециркулярно,** отличаются от того, что мы видели в первой под­группе. Наблюдаются некоторые дополнительные симптомы, ко­торые делают картину более своеобразной. Прежде всего выра­стает количество ипохондрических жалоб, они встречаются у всех больных. Главным образом отмечаются жалобы на давление в области груди (anxietas praecordialj, далее общая слабость, раз­битость, головные боли, запоры и пр. Следует особо указать, что у двоих больных приступы сильной, но кратковременной (не­сколько часов) тоскливости сопровождаются характерными бо­лями в низу живота. Значительно чаще также депрессия окра­шена тревогой и страхом, которые являются безотчетными, не­понятными.

Иногда эта тревога выражается в излишних, принимающих навязчивый характер беспокойстве и заботливости о родных. Но бывает и так, что тревога перерастает в большое внутреннее беспокойство, в напряженность. Тогда депрессия принимает ажи-тированную форму. Больной не может найти себе места, много двигается, иногда делается многословным в своих жалобах.

В исключительных случаях у подростков дело доходит до на­стоящей melancholia aqitata. Попытки на самоубийство проис­ходят главным образом в периоде ажитации, которая носит не постоянный характер, а наблюдается на общем тоскливо-вялом фоне. Надо сказать, что попытки на самоубийство в это время носят импульсивный, а иногда и нелепый характер; больной бьет­ся головой о стенку, ест мыло, пьет чернила, чтобы отравиться, и т. д. Есть еще один симптом, который часто встречается у депрессивных больных при нециркулярной форме шизофрении. Это психастенические компоненты: пониженная самооценка, неуверенность в своих силах, способностях, нерешительность. Следует сказать, что генез психастеничности надо, по-видимому,

считать различным в отдельных случаях. Во-первых, имеет зна­чение преморбидная структура личности, элементы тревожно-мнительного характера, которые можно констатировать задолго до болезни. Во-вторых, психастеничностъ может явиться одним из симптомов депрессивного статуса, рудиментом идей само­обвинения, психологической надстройкой над витальной депрес­сией. Там, где более дифференцированная психика взрослого создает идеи самообвинения, ребенок остается на полпути. Он не столько винит себя, сколько не уверен в себе, низко себя ценит и т. д. Если бы он дальше шел по этому пути, то должен был бы понятным и естественным образом прийти к сознанию своей вины. Отсюда мы можем заключить, что психастеничность является не проявлением шизофренического процесса, а состав­ной частью депрессивного синдрома.

Депрессивные приступы описываемой формы носят более длительный характер, продолжаясь больше месяца. Течение во­обще разнообразное. Так, депрессия может явиться первым ши­зофреническим проявлением и, периодически повторяясь, про­текает под видом «конституциональной» депрессии; процесс воз­никает на таком депрессивном фоне, а затем перерастает его рамки. Здесь нелегко бывает отграничить реактивное от эндо­генного. Незначительные раздражители дают неадекватную по силе реакцию, которая держится долго и не исчезает по мино­вании причины, ее вызвавшей. В содержании болезненных пред­ставлений трудно бывает найти отражение событий, послужив­ших психической травмой. В то же время больной постоянно чувствует нарушение аффективной связи с окружающим миром: отсюда недовольство собой и угнетенное настроение. В широ­ком смысле этого слова это тоже реактивные явления. Во всех случаях длительной депрессии наблюдаются не только реак­тивные обострения, но и эндогенные, которые продолжаются несколько часов или дней и отличаются от реактивных только тем, что невозможно бывает установить их причину. Но по-на­стоящему реактивный момент проявляется как психогенная над­стройка, как осознание тяжести своего заболевания. Это наблю­дается преимущественно в начале заболевания при большей со­хранности личности. При циркулярной шизофрении эти ре­активные наслоения менее подчеркнуты, может быть, потому, что просто сами приступы значительно короче и не предста­вляются больному такими роковыми.

Чем же объяснить значительную продолжительность присту­пов? Не исключена возможность, что здесь известную роль иг­рают особенности личности больного (общая неустойчивость и

др.). Следует еще раз указать, что понятие личности не может быть ограничено одними конституциональными данными. Не меньшее значение имеют различные инфекции, резкое истоще­ние, психические шоки, одним словом, все то, что может выз­вать перестройку в организме в препсихотическом состоянии.

Приводим историю болезни.

Виктор М, 12 лет, поступил в детское отделение психиатрической больницы им. Кащенко 8 сентября 1935 г., выписан 9 февраля 1936 г.

*Жалобы:* повышенная возбудимость, раздражительность, жалобы из школы на дезорганизаторское поведение.

*Наследственность:* мать, 35 лет, спокойная, сдержанная, веселая, общительная, живет только интересами семьи.

Дед по матери умер 45 лет от туберкулеза легких, был суровый, малообщительный, замкнутый человек.

Бабка по матери умерла 55 лет от сыпного тифа, по характеру мяг­кая, добрая, общительная, сдержанная.

3 тетки и 8 дядей по матери — все по характеру добрые, сердеч­ные, общительные, спокойные.

Отец, 37 лет, спокойный, молчаливый, замкнутый, сдержанный.

*Социально-бытовые условия* удовлетворительные. Больной живет в спокойной, дружеской обстановке.

*Личное прошлое:* Витя от первой беременности. Есть еще девочка полноценная. Один выкидыш на третьем месяце по неизвестной причи­не, 5 искусственных абортов.

Беременность тяжелая, со рвотами. Роды нормальные. Развивался физически хорошо. Болел легко в 5 лет корью и коклюшем. С раннего возраста очень капризен, упрям, настойчив в своих желаниях, при невыполнении его требований падал на пол, бился ногами. Всегда был своенравным, непослушным, но в то же время ласков, приветлив к ро­дителям. Товарищей своего возраста не имел, был малообщителен, иг­рал с сестренкой и детьми, значительно более младшими его по возрас­ту. В играх был инициативен, изобретателен, вносил сюда много твор­ческой фантазии. Читал мало, любил слушать про путешествия, приклю­чения. Вообще обладал склонностью фантазировать: однажды, играя в «жуликов», сам поверил в реальность придуманных им образов, сильно перепугался и плакал. Боялся темноты, воров без всяких к тому осно­ваний. В школу пошел с 7 лет.

*Начало настоящего заболевания* осталось для матери незамеченным. Но в школе с первого класса обратили внимание на суетливость, неусид­чивость, разговоры во время урока. Был вскоре переведен в школу для психоневротиков. Оттуда все время продолжали поступать жалобы на не­усидчивость, упрямство, возбудимость. Успеваемость была неравномерной:

то отстает, то быстро все нагоняет. Временами бывал возбужден, мно­го говорил, проявлял агрессивность. Приходилось даже выдерживать несколько дней на постельном режиме. Был направлен школой в 1934 г. в психоневрологическую клинику, но через неделю был взят матерью обратно, так что обследовать мальчика в достаточной мере не удалось. Перед поступлением в больницу им. Кащенко не посещал школу, весь день проводил во дворе, гонял голубей с ребятами.

Физическое *состояние.* Строение тела подходит ближе к астени­ческому. Внутренние органы в норме. Зрачки равномерны, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию живая. Язык слегка уклоняете^ вле­во. Сухожильные периостальные рефлексы живые, кожные так же. Па­тологических рефлексов нет. Чувствительность в норме. Дрожание паль­цев рук, век. Яркий красный дермографизм, стойкий. Потливость.

Общий анализ мочи, крови в норме. Реакция Вассермана в крови отрицательная. Дно глаза — норма.

*Психическое состояние и течение болезни.* Мальчик свободно ори­ентируется в новой обстановке. Входит в контакт с персоналом, но фор­мально; на беседу к врачу идет охотно, но по существу ничего о себе не говорит, лишь отвечает односложно на вопросы или рассказывает отдель­ные эпизоды из школьной жизни. Из детей ни с кем близко не сошелся.

Настроение приподнятое, легковозбудим, раздражителен, но отход­чив, быстро идет на ласку. Тревожен, боится всяких процедур, волну­ется по этому поводу, очень боялся пункции, видел себя во сне пунк­тированным. Особенно же бросается в глаза чрезмерная подвижность, суетливость мальчика: бегает по отделению, что-то выкрикивает, под­бегает то к одной, то к другой группе ребят, нигде долго не задержива­ясь. Всегда многоречив, шумен.

Временами бывает вял, настроение подавленное, всем недоволен, раз­лажен, ипохондричен, ворчит: «Все надоело, плохо лечат, только и зна­ют, что колоть, всю кровь выпили». Эти колебания на< . оения бывают чаще реактивного характера, но наблюдаются и спонтанно. Без всякой причины становится на короткое время особенно упрям, негативисти-чен, дает резкие аффективные вспышки, кричит, угрожает, плачет. Ус­покаивается через несколько часов. Тогда делается мягким, ласковым, критически относится к своему поведению; говорит, что и дома с ним бывали такие беспричинные расстройства настроения с большой раздра-жительн остью.

Внушаем, идет на поводу у товарищей, легко становится дезоргани­затором. Очень шумлив при общем возбуждении; спокоен, когда в отде­лении тихо. Иногда поведение совершенно нелепое: обычно застенчив, жалуется на ругань товарищей и вдруг на прогулке в присутствии ре­бят и взрослых начинает мочиться, потом сам не может объяснить своего поступка. Иногда дурашлив: нарочитая походка", изменяет голос и пр.

Ничем подолгу не может заняться; в классе неусидчив, отвлекаем, не дает никакой продукции. В то же время, когда заинтересован, мо­жет хорошо выполнить задание. Легко утомляется, истощается, к кон­цу урока бледен, вял. Внимание резко нарушено, а также способность запоминания, ретенция значительно лучше. Уровень развития соответ­ствует возрасту.

В больнице наблюдались два приступа возбуждения, а в промежутке между ними угнетенное состояние. Первый длился всего два дня. Маль­чик был очень негативистичен, пытался читать в строю, за обедом не выпускал книги из рук, когда взяли книгу, пришел в сильную ярость. Было сильное моторное возбуждение в течение указанного времени. Кричал, во время абсолюта пел циничные песни. Всем грозил, пытался быть агрессивным. К вечеру возбуждение нарастало еще более. Задержи­вал кал, приходилось делать клизму. Через два дня стал спокойнее.

Спустя некоторое время появилась депрессия, носившая ажитиро-ванный характер.

Больной растерян, тосклив, подолгу плачет; правда, иногда плач без слез, носит какой-то однообразный характер. Ряд ипохондрических жа­лоб: жалуется на боль в области сердца, болит живот. Тревожен, опа­сается, что у него будет заворот кишек, воспаление легких. Отказыва­ется от еды, уверяет, что родителям придется платить за его питание; ест только принесенное из дома. Едва он видит, как накрывают на стол, начинает волноваться и плакать, тревожится, что у отца не хватит де­нег. Стал очень жалостлив, угощает всех пирогами, принесенными ро­дителями; печалится за всех, зачем тому сделали пункцию, почему у это­го мальчика голова болит, надо помочь и т. д.

Наблюдаются галлюцинации зрительного и слухового порядка. Слы­шит, как ему кричат: бандит, вор, жулик. Видел ночью, что в палату вошел гроб на б ножках, очень страшный по виду; как только в палату зашла сестра, гроб тотчас же убежал,

Временами очень раздражен, плачет громко, ходит по отделению, ищет возможности покончить с собой. «Я свой век отжил»,— говорит больной. Попытки на самоубийство носят упорный характер. То он за­тягивается ремнем, стремясь удушиться, то пробует повеситься на шнур­ке в уборной, пьет чернила, ест мыло с той же целью; ложится на пол и пытается поставить себе на горло ножку железной кровати. На лице часто блуждает стереотипная улыбка.

Элементы торможения ясны наряду с возбуждением. Отвечает одно­сложно, как будто выталкивает из себя слова. Фигура поникшая, голо­ва опущена. Соматически слаб, худеет на глазах. При волнении и тоскливых высказываниях лицо покрывается красными пятнами и слег­ка отекает, на лбу капли пота.

Через 3 недели тоскливость прошла. Был расторможен, беспокоен, суетлив. Много ипохондрических жалоб. Циничен, груб, дурашлив. Со­вершенно непродуктивен.

Выписан через 3 месяца; более спокоен, суицидальных намерений нет. Однако дурашлив, временами нелеп. Плохая продуктивность в класс­ных занятиях. Очень плохо усваивает материал.

*Диагноз:* шизофрения (вялая форма с периодическими обостре­ниями).

Лечение: общеукрепляющее, веронал в период возбуждения, цир­кулярный дуги, ванны.

*Катамиез:* в течение года не ходил в школу. Начал учиться в кон­це 1936 г. Учение дается с трудом, рассеян, невнимателен. Предпочитает заниматься физическим трудом, ухаживает за кроликами. Очень нерлщ-лив, небрежен, Товарищей не имеет; играет с малышами.

*Эпикриз:* о преморбидной личности больного высказаться трудно. Можно указать на известный инфантилизм: склонность к фантазиро­ванию в школьном возрасте, тяга к детям более младшего возраста. За­болевание развилось постепенно, незаметно для окружающих и сопро­вождается обострениями в виде общего возбуждения, расторможения, агрессии, негативизма. Депрессивное состояние наблюдалось только в больнице. Можно с уверенностью утверждать, что здесь нет ничего об­щего с маниакально-депрессивным психозом. В промежутках между обострениями больной проявляет дурашливость, совершает иногда яв­ные нелепости (помочился при всех на прогулке, хотя обычно очень застенчив). Контакт с окружающими исключительно формальный, мож­но говорить о настоящем аутизме. В период побуждения особенно ярко проявляются негативизм, дурашливость; само возбуждение, носящее и речевой и двигательный характер, лишено целеустремленности, направ­ленности. В депрессивном состоянии наблюдаются стереотипии, неадек­ватная мимика (улыбка при разговоре о желании больного покончить с собой). Сам выбор способа самоубийства носит вычурный, часто бес­смысленный характер.

Все эти симптомы, особенно подчеркивающие расщепление психи­ческих актов, подтверждают, что душевное заболевание у ребенка про­текает в виде шизофрении. Что это не циркулярная форма шизофре­нии, видно из того, что болезнь началась незаметно и проходит не с циклическими колебаниями, а с обострениями на общем фоне вяло про­текающего процесса. Катамнестические сведения не противоречат ука­занному диагнозу.

Давая характеристику депрессивных состояний при ши­зофрении, мы не упомянули об основных шизофренических рас­стройствах; в приведенных случаях они имеются всегда в той

или иной степени. Причем во 2-й подгруппе (нециркулярной шизофрении) это становится значительно более ясным, чем в 1-й. Например, при циркулярной шизофрении существует отго­роженность, отчужденность от внешнего мира, но у больных 2-й подгруппы имеются уже более явные аутистические уста­новки. Расщепленность, нелепое поведение при относительно со­хранном интеллекте чаще встречаются также у больных 2-й под­группы. Если в свете этих фактов попытаться решить вопрос, в какой подгруппе депрессивный статус больше зависит от бо­лезненного процесса, чем от других факторов, то необходимо напомнить, что в 1-й (циркулярной) подгруппе конституциональ­ные особенности носят более однородный характер, чем во 2-й.

На основании всего изложенного можно прийти к заклю­чению, что механизмы, образующие депрессивный синдром при шизофрении, могут быть различны. Приходится считаться и с процессом, и с особенностями личности, и с возрастными дан­ными. Сам синдром депрессии близок к витальному в том смыс­ле, как это описывает К. Шнейдер. За это говорят совершенно своеобразные ощущения и жалобы" больных: стеснение в облас­ти груди, связанное с тоскливостью, боли в низу живота, насту­пающие вместе с тоской и вместе с ней исчезающие, затем па­дение веса, запоры и другие симптомы, указывающие на пони­жение общего биотонуса. Очень характерным является и пере­живание страха, идущее откуда-то из глубины, имеющее аморф­ный, безотчетный характер. Это «темный» страх, без всякой пси­хологической переработки, свойственный, правда, вообще детям, но все же являющийся витальным чувством. Однако мы не мо­жем стать целиком на точку зрения К. Шнейдера, который в шизофренической депрессии видит только два слагаемых: ви­тальную, эндогенную депрессию и психологическую надстрой­ку со стороны личности шизофреника, дающую депрессии своеоб­разную «расцветку», раздражен но-недовольную окраску. Вза­имосвязи здесь значительно сложнее. И сама витальная деп­рессия возникает, вероятно, под влиянием различных факторов, что не может не сказаться на ее структуре.

Депрессивные состояния при циркулярной форме шизо­френии, как мы убедились, имеют много общего по своей струк­туре с циркулярными депрессиями. Это происходит потому, что в патогенезе как тех, так и других можно констатировать изве­стное родство в виде общности преморбидных данных. Поэтому более типичными для шизофрении надо считать депрессивные явления, наблюдающиеся при нециркулярной форме.

Характерные особенности, отличающие их от маниакально-депрессивного психоза, сводятся к следующему.

1) Наблюдается значительная **вялость,** которая частично мас­кирует собою тоскливость.

2) Высказывается большое количество ипохондрических жа­лоб, базирующихся из своеобразных **соматовегетативных ощу­щениях.**

3) Часто отмечается большая внутренняя **тревога,** безотчетная и непонятная для больного.

4) Наблюдается сравнительно часто **ажитированность,** .кото­рую дозволительно истолковывать как результат большой внут­ренней напряженности, как следствие комплексности, внутрен­ней противоречивости, амбивалентности шизофреника.

5) В состоянии ажитированности бывают и **попытки на само­убийство,** носящие обычно нелепый и импульсивный характер.

6) **Отгорженность** от окружающего мира, нарушение аффек­тивной связи с ним, постепенное потускнение аффекта нередко можно видеть при шизофренной депрессии.

7) Таким же характерным симптомом следует считать сте­реотипность в поведении и высказываниях, однообразие и мо­нотонность всего депрессивного фона.

8) В отличие от циркулярной депрессии чаще наблюдаются **идеи отношения.** Бредовые идеи самообвинения, греховности иногда можно подметить при циркулярной форме шизофрении.

9) Что касается преморбидной личности, то при нецир­кулярной форме шизофрении имеют значение не столько цик­лоидные характерологические особенности, сколько общая не­устойчивость, **аффективная** и **вегетативная лабильность.**

10) Преморбидные особенности особенно сказываются на течении заболевания: в то время как при циркулярной форме шизофрении депрессивные приступы являются короткими и ча­сто повторяются, особенно вначале, при нециркулярной шизо­френии отдельные приступы затягиваются (до месяца и больше).

11) От витальной депрессии следует отличать те психогенные настроения, которые возникают как осознание самим больным тяжести его положения. Это наблюдается обычно в начале за­болевания, а при благоприятно протекающем процессе длится долгое время.

Влияние возраста сходно с тем, что мы уже описывали при маниакально-депрессивном психозе. Основные симптомы про­являются неярко, без свойственной взрослым аффективной вы­разительности; многие симптомы рудиментарны, не достигают

своего полного развития, останавливаются на полпути. Чаще на­блюдается страх в аморфной, недифференцированной форме. По-видимому, вялость и апатия, которые нужно отличать от затор­моженности, характерны для шизофренной депрессии именно у детей. Дневные колебания настроения также противоположны тому, что наблюдаются у взрослых: утром дети чувствуют себя лучше, а вечером хуже.

При оценке психопатологической картины и течения болезни обеих подгрупп можно прийти к заключению, что при цирку­лярной шизофрении циклоидные конституциональные особенно­сти играют большую роль в возникновении депрессии. Наобо­рот, при нециркулярной форме депрессивный синдром являет­ся лишь стадией заболевания\*. Более бурные проявления, тре­вожность, ажитированность, обилие ипохондрических жалоб в последнем случае наводят на мысль о токсическом характере этих явлений.

Как было уже упомянуто выше, помимо шизофрении и мани­акально-депрессивного психоза мы изучали также особенности расстройств настроения при эпилеисии и инфекциях; подверга­лись рассмотрению и реактивные депрессии. Не имея возмож­ности за недостатком места дать полное описание депрессивных состояний при указанных нозологических формах, мы ограничимся изложением основных положений, к которым мы пришли при подробном ознакомлении с нашим материалом. Это является не­обходимым для оформления выводов по всей работе в целом.

**РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ**

Расстройства настроения при инфекциях представля­ются очень своеобразными. Они обычно наблюдаются на исходе основного заболевания или спустя недолгое время после него в периоде постинфекционной астении. Больной все время плачет, причем поводы для слез неисчислимы и разнообразны. Если по­вода нет, то больной сам его находит: приход в комнату нового лица, привоз обеда и т. д.— все это обильно орошается слезами. Это плач монотонный, нудный, вызывающий не сочувствие, а, наоборот, раздражение у соседей по палате. Слезы льются без переживаний, без видимой аффективной окраски. У больного много соматических жалоб, имеющих, правда, обоснование в общей физической ослабленности в результате инфекции. Боль­ные легко переходят от слез к улыбке, так что иногда производят

Stadium melancholicum старых авторов.

впечатление неадекватности. Но это кажущаяся неадекватность, зависящая от лабильности аффекта, а не от диссоциации в пси­хической жизни больного. Во многих случаях к вечеру и ночью появляются страхи; они обычно носят беспредметный характер и лишь изредка связаны с расстройствами восприятий у больного. Расстройствам настроения сопутствуют резкая отвлекаемость, яв­ления раздражительной слабости, истощаемость.

Однако в отличие от взрослых (Гиляровский, Винокурова) у детей кет большой раздражительности, недовольства. Иногда можно говорить о капризности. Больные вялы и пассивны в силу общего истощения, что, однако, отличается от психомоторной за­торможенности, наблюдаемой при эндогенной депрессии. При хорее к указанным расстройствам настроения присоединяются еще реактивные явления, вызванные вынужденным содержани­ем в постели и отрывом от детской среды.

Мы полагаем, что пока еще нельзя говорить о преобладании депрессивного синдрома при определенных инфекциях у детей. Однако темп и интенсивность основного заболевания, его ста­дия играют свою роль. Так, на высоте остро протекающей ин­фекции (тифы и др.) при сильном отравлении ц. н. с. депрессия, как правило, не наблюдается, что и согласуется с известными положениями Бонгеффера. В постинфекционной стадии тяжелых заболеваний и при вяло протекающих инфекциях интенсивность отравления организма примерно одна и та же. Поэтому в том и другом случае мы наблюдаем своеобразную форму расстройств настроения без подлинного аффекта тоски, которое не укла­дывается в рамки «истинной» депрессии, а свидетельствует об истощении и слабости аффекта (скорее их можно назвать свое­образными дистимиями).

**ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ**

При эпилептических дисфориях специфика детского возраста выступает менее выпукло, чем при других депрессив­ных синдромах. Психопатологическая картина зависит от раз­личного участия двух компонентов: тоски, с одной стороны, и общего недовольства, раздраженности — с другой; если второй момент превалирует, то больной не столько тосклив, сколько мра­чен и напряжен. Психомоторная заторможенность отсутствует, наоборот, наблюдаются двигательные разряды в результате боль­шой внутренней напряженности. К тоскливости часто присое­диняются страхи. Все это иногда наблюдается на фоне нерезко

нарушенного сознания, когда окружающие предметы кажутся из­мененными, неотчетливыми, воспринимаются как бы в тумане. Расстройства настроения при эпилепсии могут предшествовать припадку и тем самым походить на длительную ауру; могут за­менить собою припадок; могут возникать как кратковременные припадочные состояния. Внезапное начало является характер­ным моментом. Но чаще всего у детей встречаются длительные депрессивные состояния, как будто не связанные с припадком. Они появляются неожиданно, держатся долго и проходят посте­пенно. При всем этом у эпилептиков имеют место и реактивные наслоения депрессивной окраски. В этих случаях материалом для содержания депрессивных переживаний служит сознание собственной неполноценности.

**РЕАКТИВНЫЕ ДЕПРЕССИИ**

Реактивные депрессии в младшем детском возрасте сравнительно редки. Реакция чаще идет по пути расторможе­ния, страхов, невротических явлений и пр. Такие внешние пара­доксальные реакции наблюдаются и у подростков. Структура реактивной депрессии напоминает то, что мы наблюдаем при циркулярном психозе: неяркий аффект тоски, вялость, страхи, причем последние имеют обычно какую-либо мотивировку или связь с травмирующим переживанием. Интересно отметить, что на затяжной характер реакции оказывают влияние разговоры и соболезнования родных. Отчасти, может быть, поэтому уход из травматизирующеи обстановки дает быстрее благоприятный эф­фект, чем у взрослых.

**ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ**

На протяжении всей работы мы пытались показать, что депрессивный синдром не связан с определенной нозологи­ческой формой, что он имеет различную этиологию.

Совершенно убедительным является также тот факт, что деп­рессивный синдром встречается не только при эндогенных, но и при экзогенных заболеваниях. Наличие его обусловлено не конституциональными особенностями, а действием самого пато­генного фактора. В этом смысле можно говорить о депрессии как одной из форм реакций мозга.

Депрессивный синдром при различных заболеваниях об­наруживает большое психопатологическое своеобразие. Разберем

последовательно психопатологическую картину и некоторые осо­бенности течения депрессии при отдельных заболеваниях. Нач­нем с классических признаков депрессии: подавленного настро­ения, заторможения в психомоторной и интеллектуальных обла­стях, а затем рассмотрим и другие симптомы.

**I.** **Тоскливость**

Наиболее наглядно аффект тоски проявляется при цир­кулярной депрессии. Тоскливость в этих случаях достаточно вы­разительна и всегда правильно оценивается окружающими. При шизофрении она может маскироваться вялостью и быть менее заметной. При эпилепсии, несмотря на яркую симптоматику, аффект тоски также недостаточно ясно выступает. По нашей тер­минологической бедности мы говорим о мрачности, а не тоск­ливости, подчеркивая этим значительную степень общего недо­вольства, раздражительности, которые придают особое содержа­ние эпилептическим расстройствам настроения.

При инфекциях и в постинфекционных состояниях аффект тоски претерпевает еще большие изменения. Центр внимания здесь лежит в раздражительной слабости, лабильности, слезли­вости. Однако в этих случаях можно говорить скорее об исся­кании аффекта, чем о подавленном настроении. Это —депрес­сия без аффекта тоски. Что тоскливость при реактивной деп­рессии представляет ряд своеобразных особенностей, подтвер­ждается как литературными данными, так и нашим материалом. Зависимость тоскливости от психической травмы по времени и содержанию становится совершенно ясной; наблюдающаяся вя­лость не заслоняет собою тоскливости, как это, например, бы­вает заметно при шизофрении; переживания больного понятны и ясны окружающим.

Таким образом, из рассмотрения феномена тоски при от­дельных болезненных формах становится ясным, что он настолько различен по своему клиническому выражению, что должен иметь различное происхождение.

**II.** **Интеллектуальная заторможенность**

**Заторможенность** в **области интеллекта** наблюдается в большинстве депрессивных синдромов. Однако при эпилеп­сии мы ее не всегда можем констатировать. Наоборот, при не­которых состояниях эпилептической дисфории исчезает свой­ственная этой группе больных интеллектуальная медлительность.

Равным образом нет настоящего интеллектульного затор­можения при постинфекционной депрессии. Слабая интеллек­туальная продуктивность зависит от общей слабости, физического истощения.

**III.** **Психомоторная заторможенность**

Такой кардинальный симптом, как **психомоторная за­торможенность,** встречается на нашем материале у большинства больных, причем у циркулярных больных при шизофренных и реактивных депрессиях это можно показать иногда так же ярко, как и у взрослых больных. Но при эпилепсии и в некоторых случаях нециркулярной шизофрении заторможенность уступает место большой ажитированности. Эта последняя не имеет ниче­го общего с элементами маниакальности и ведет свой путь из большой внутренней тревоги, чрезвычайного напряжения, кото­рое не находит себе иного выхода, кроме двигательных разря­док и расторможения. Не проявляют большой заторможенности и больные в состоянии инфекционной и постинфекционной деп­рессии. Если вначале вследствие физической слабости прихо­дится видеть вялость, пассивность, то в дальнейшем, несмотря на общий астеническо-депрессивный фон, больные не проявля­ют заторможенности; они не чувствуют физической затруднен­ности в действии.

**IV.** **Страхи**

**Страх** проявляется различно и, по-видимому, имеет раз­личное происхождение при той или другой болезненной форме. Вполне понятно, что при реактивной депрессии страх обычно имеет психологический Тенез. Нередко страх связан с пережи­ванием, послужившим источником психической травмы.

Совершенно другой характер имеет страх при шизофрении или маниакально-депрессивном психозе. Это страх совершенно безотчетный, необоснованный, идущий «изнутри», не поддающий­ся никакому объяснению. Всегда получается впечатление, что такой аморфный страх возникает физиогенно, У нас не было таких ярких случаев витального страха, связанного и локализу­ющегося с определенным участком тела. Однако полная его без­отчетность и бескрасочность, появление в связи с тяжелыми со­матическими ощущениями указывают на витальность этого чув­ства. Иногда страх возникает у детей как примитивная защит­ная реакция.

**V.** **Течение заболевания**

Рассмотрение течения заболевания еще более укреп­ляет нас в мысли о различии отдельных депрессивных синдро­мов. При маниакально-депрессивном психозе и циркулярной ши­зофрении мы имеем фазное течение, а при эпилепсии часто па-роксизмальное. При инфекциях и реактивных состояниях тече­ние депрессии стоит в зависимости от патогенных причинных факторов: психических и физических (истощение).

И инфекционная дистимия имеет неодинаковое течение, что обусловливается темпом и интенсивностью основного заболева­ния, острым или хроническим.

**VI.** **Роль личности**

Ряд авторов выделяют два вида депрессии — эндоген­ную, или витальную, и реактивную. Дополнительную симптомати­ку при витальной депрессии К. Шнейдер относит за счет осо­бенностей личности. Уныло-грустный фон депрессии сообщает­ся синтонными свойствами, раздраженно-недовольный — шизо­идными компонентами.

Анализ клинической картины действительно подтверждает наличие двух депрессивных форм — эндогенной и реактивной. Однако эндогенная депрессия отнюдь не является единой, а име­ет различный патогенез. И конституциональные данные еще не могут объяснить целиком всего разнообразия депрессивных со­стояний.

Если вопрос будет идти об инфекционных состояниях, то зна­чение конституционального фактора невелико. Психопато­логическая картина в этих случаях довольно однообразная, те­чение тоже, а между тем преморбидная почва различна. Следо­вательно, роль личности невелика по сравнению со значением инфекционно-токсического момента.

При эпилепсии эти соотношения проследить значительно труднее. Эпилептические расстройства настроения трудно свя­зать с какими-либо преморбидными особенностями личности. С большим правом психопатологическую картину эпилептической депрессии и особенности ее течения, как и генез, можно отнес­ти за счет особенностей самого процесса.

Более ясные связи с преморбидными особенностями мы по­лучаем при маниакально-депрессивном психозе и циркулярной шизофрении. Конституциональные данные определяют здесь

фазное течение, отдельные маниакальные приступы. Та откры­тость и доступность, которые свойственны циркулярным деп­рессиям, зависят, возможно, также от преморбидного синтонно-го характера.

Что касается реактивной депрессии, то рассмотренный ма­териал позволяет примкнуть к тем, кто считает, что реактивные расстройства настроения могут появиться на различной консти­туциональной основе. Однако депрессивным реакциям у детей благоприятствуют элементы неустойчивости, аффективной ла­бильности, сензитивности, ранимости в личности больного.

Подытоживая наши клинические данные, мы можем с неко­торой вероятностью утверждать, что механизмы депрессии не являются одинаковыми при различных нозологических формах. Правда, наши знания в отношении патогенеза депрессивных со­стояний еще очень ограниченны. Рядом исследователей обнару­жены эндокринные и обменные нарушения при эндогенной деп­рессии. Сюда относятся сдвиги в деятельности гипофиза, наруше­нии газообмена и пр. (Омороков, Бондарев, Чалисов, Эвальд и др.}.

Те данные, которыми располагает современная наука, зас­тавляют предполагать, что изменения в эмоциональной жизни более всего связаны с нарушениями эндокринно-вегетативной сферы, что имеет преимущественную локализацию в подкорко­вой зоне (таламическая и гипоталамическая области).

В заключение заранее следует ответить на упрек, который может быть сделан по поводу того, что нельзя полностью ре­шать вопрос о патогенезе на основании одной клиники. Конеч­но, всестороннее лабораторное обследование в соответствии с возможными анатомическими находками поможет окончательному выяснению вопроса. Однако при современном уровне наших зна­ний клиническое исследование является одним из важнейших путей для разрешения этого вопроса, недостаточно разработан­ного в детской психиатрической клинике.

Переходим ко второй части заключительной главы — к **осо­бенностям депрессии детского возраста.**

Ключ к пониманию этих особенностей лежит в анатомо-фи-зиологическом и психическом своеобразии детей.

Тот факт, что кора головного мозга окончательно развивается во внеутробном периоде, в то время как подкорковые центры формируются к моменту рождения, не проходит бесследно. На­долго констатируются у детей относительно большая значимость деятельности подкорковой зоны и физиологическая слабость задержек. Склонность к расторможению у детей отмечена еще

старыми клиницистами (Ковалевский) и получает подтвержде­ние во всех новых работах.

К таким же физиологическим явлениям возрастного порядка можно отнести повышенное значение жизни влечений и лабиль­ность эмоций. Аффективная неустойчивость накладывает свой отпечаток на структуру синдрома и в той или другой степени сказывается на картине и течении психоза.

В результате указанных факторов личность ребенка остает­ся долгое время (до пубертатного периода) не сформированной окончательно ни в эмоционально-волевом, ни в интеллектуаль­ном отношении. Понятно, что ребенок не способен к достаточ­ной интрапсихической переработке своих восприятий, ощуще­ний, чувств. Его чувства имеют «обнаженный» характер, его пе­реживания более примитивны, чем у взрослого.

**1**. **Обнаженность чувств** очень хорошо видна при витальной депрессии. Тоска носит совершенно аморфный, неопределенный, безотчетный характер. Она кажется поэтому не такой сильной. Из двух слагаемых — витального чувства и реактивной перера­ботки со стороны личности — у детей налицо главным образом один непосредственный «глубинный» аффект. Реактивные насло­ения сведены к минимуму. Чем младше ребенок, тем этот момент более подчеркнут. Нам приходилось уже говорить, что при ши­зофрении процессуальная инактивность и вялость заслоняют аф­фект тоски. Но и при реактивной депрессии тоскливость также не имеет большой яркости. Она не безотчетна, но в то же вре­мя однообразна и проявляется в малоинтенсивной форме.

2. Помимо простоты и обнаженности аффекта при детской депрессии необходимо также указать и на **бедность психопато­логических явлений.** Там, где у взрослых, особенно при цирку­лярной депрессии, наблюдаются бредовые идеи преследования, самоуничижения и т. д., у детей мы видим лишь иногда элемен­ты идей самообвинения; далее идей отношения в очень прими­тивной форме они не идут. При депрессивных реакциях выска­зывания детей также очень бедны.

3. Многие симптомы, констатируемые у взрослых, находятся у детей в **рудиментарном** состоянии. Дети не в состоянии пере­работать до конца отдельные представления и понятия. Более старший ребенок говорит, что он стал «чудной», чувствует себя растерянным, беспомощным и как-то осознает это. В более за­конченном виде этот феномен получил бы название деперсона­лизации.

Чрезвычайно часто при циркулярной и шизофренной деп­рессии приходится встречать у больных детей неуверенность,

644

нерешительность, тревожность, мнительность, пониженную ^самооценку.

Подобный психастенический синдром часто появляется у ребенка как **рудимент идей самообвинения.** Объясняется это

[ем, что ребенок не в состоянии интрапсихически переработать о конца те изменения самочувствия, те переживания затормо­женности, которые вызывают у него представление о своей неполноценности.

4. Очень характерным для депрессии детского возраста яв­ляется ее **нестойкость** и **кратковременность.** Дети с большей легкостью, чем взрослые, отвлекаются от тяжелых переживаний. Даже эндогенные расстройства настроения удается часто смяг­чить, переключить на другие рельсы. Тоскливый ребенок иног­да вдруг включается в школьные занятия, без труда начинает работать в мастерской. Чем младше ребенок, тем чаще его деп­рессия в течение дня переходит по нескольку раз в ровное на­строение. Вероятно, здесь имеет значение физиологическая ла­бильность аффекта. Она же оказывает, должно быть, влияние на кратковременность депрессивных фаз. Продолжительность их при маниакально-депрессивном психозе и циркулярной шизо­френии, особенно в начале заболевания, редко превышает 5— 15 дней. То же мы видим при других болезненных формах. Если депрессия затягивается, то надо искать дополнительные факторы, сопутствующие основному заболеванию (общее истощение и пр.), или сосредоточить внимание на изучении преморбидных свойств личности.

В общей части указывалось, что соматическая неустойчивость и лабильность аффективной сферы в препсихотическом состоя­нии благоприятствуют затяжному течению депрессии.

5. Такое чувство, как **страх,** проявляется у детей часто и в различной форме. Но именно у детей удается наблюдать безот­четный, непонятный, немотивированный страх, такое чувство страха сродни витальной тоскливости. У детей страх возникает особенно легко и как примитивная защитная реакция. Там, где ребенок не понимает— а в своих болезненных ощущениях он многого не понимает,—там он начинает бояться. На частоту стра­хов при детской депрессии указывают Эммингаус, Циген, Ко­валевский, Гомбургер, Гиляровский, Сухарева, Винокурова.

6. В картине детской депрессии также следует отметить мень­шую **раздражительность, сравнительную редкость общего не­довольства и гневливости,** что так часто окрашивает синдром депрессии у взрослых.

Элементы общего недовольства, раздражительности можно констатировать лишь при эпилептических расстройствах настро­ения. Объяснить указанное наблюдение нельзя одинаковым об­разом во всех случаях. При реактивных состояниях, по-видимо­му, разгадка лежит в простоте переживаний у детей, их прими­тивности, отсутствии дополнительных наслоений.

При эпилепсии агрессия, гневливость, раздражительность по-видимому, связаны с основным процессом и воздействием его на личность больного.

Вообще если общее недовольство у ребенка и существует, то оно проявляется не в злобности, а в **капризности.**

7. К числу интересных и важных свойств детской депрессии относится ее внешняя **парадоксальность.** Чем младше ребенок, тем больше оснований ее ожидать. Это и понятно, так как в младшем детском возрасте наиболее выпукло представлены ла­бильность аффекта, склонность к расторможенности; тогда же на первый план часто выступает изменение жизни влечений.

Более ясные проявления подобной парадоксальности от­мечаются при реактивной депрессии. Резкие изменения ха­рактера (шалости, грубость) после тяжелой психической трав­мы с последующим появлением тоскливости как нового непри­ятного переживания были описаны нами у одной больной. В дру­гом случае были обнаружены значительное расторможение, су­етливость, затруднившие учебу в школе 9-летнего мальчика после смерти отца, которого он очень любил и потерю которого, как выяснилось, сильно переживал; однако аффект тоски удалось обнаружить не сразу.

8. Дневные колебания самочувствия и настроения идут у де­тей в обратном порядке по сравнению со взрослыми. С утра дети чувствуют себя лучше, а вечером состояние их ухудшается.

В заключение выражаю свою большую признательность про­фессору Г. Е. Сухаревой за постоянное руководство в этой работе.

**А. И. Гольбин**

**НАРУШЕНИЯ СНА И БОДРСТВОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И АНОМАЛИЯХ1**

**НАРУШЕНИЯ СНА ПРИ НЕВРОЗАХ**

Большое место нарушений сна в клинической картине неврозов не оспаривается ни в одном из основных источников.

Невроз определяется как «...психогенное заболевание, в ос­нове которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между ней и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно тягостные для нее переживания»2. Одним из основных проявле­ний эмоциональных нарушений при неврозе является тревога. Большинство исследователей рассматривают тревогу как одно­родное состояние с единым патогенетическим механизмом. При­нято считать, что различие в объективных данных у разных групп испытуемых определяется только степенью выраженности тре­воги. Однако в последние годы высказывается предположение, что нельзя ставить знак равенства между тревогой здорового человека в объективной стрессовой ситуации и тревогой боль­ного неврозом. В. С. Ротенберг (1975), И. А. Аршавский, В. С. Ро-тенберг (1976) показали, что тревога здорового человека как эмо­ционально адекватная реакция является мобилизующей и отли­чается от невротической тревоги, возникающей вследствие неразрешенного конфликта. Последняя направлена не на поиск выхода из поведенческого конфликта, а на отказ от поиска, ког­да один из мотивов активно игнорируется. В этом состоит демо­билизующее действие невротической тревоги. Основные прояв­ления физиологической и невротической тревоги сходны — ла­бильность пульса, колебания артериального давления, усиление КГР и т. п.

Современные исследования показали, что для дифференци-ровки двух типов тревоги следует обратиться к анализу струк­туры сна. Оказалось, что парадоксальный сон (ПС), который свя­зан со сновидениями и играет важную роль в психологической адаптации, разнонаправленно меняется при этих двух типах тре­воги. Например, при умеренно выраженной тревоге здорового человека в первую ночь исследования сна ПС уменьшается по

I ' *Гольбин А. И.* Патологический сон у детей. Л., 1970, стр. 45—69. 2 *Мясищев В. И.* Личность и неврозы. Л., 1960, с. 241.

сравнению с последующими ночами (удлинение латентного пе­риода его появления), что свидетельствует об уменьшении по­требности в ПС. У невротиков в половине случаев отмечается тенденция к сокращению латентного периода ПС, что свидетель­ствует о повышенной потребности в ПС. К механизмам, умень­шающим тревогу, относятся прежде всего механизмы ПС (Ро-тенбергВ. С, 1975; Аршавский И. А., Ротенберг В. С, 1976). Эти механизмы у невротиков функционально неполноценны.

Нам представляется, что недостаточность механизмов сна, в частности ПС, входит в содержание понятия биологической по­чвы неврозов и поэтому изменения сна при неврозах отличают­ся от нарушений сна при другой патологии. Этим же, на наш взгляд, можно объяснить распространение нарушений сна при неврозах.

Если полагать, что у детей все формы неврозов сводятся к трем основным формам (неврастения, истерия, обсессивный невроз), как и у взрослых, то расстройства сна описаны при каждом из них. Ведущими исследователями проблемы невроза навязчивых состояний (Озерецковский Д. С, 1950; СканавиЕ. Е., 1962; Сим-сон Т. П., 1955; Гарбузов В. И. и др., 1977) подчеркивается особое значение момента перехода от бодрствования к сну. Считается, что легкость образования условных рефлексов в дремотном состоя­нии (например, игра с волосами в момент кормления) создает «очаг» с патологической инертностью. В дремотном состоянии начинаются такие навязчивые действия, как сосание пальца и языка, выдергивание волос, навязчивые страхи. Характеризуя неврастению как отдельную форму невроза, большинство авторов считают, что основное место в клинике неврастении составляют нарушения уровня бодрствования и сна, а частыми симптомами являются бессонница, страшные сновидения, ночные испуги (Су­харева Г. Е., 1974). Считается (Гарбузов В. И. и др., 1977), что на­рушение-сна является одним из ранних и даже специфических проявлений неврастении, ее ведущим клиническим признаком. К неврастеническим нарушениям сна В. И. Гарбузов относит беспо­койство детей во сне в возрасте от полутора месяцев до 5—6 лет, когда дети мечутся в постели, раскидываясь и беспрерывно ме­няя положение, а также сноговорение, ночные страхи, сомнам­булизм, иногда ночной энурез. Описаны особенности сна при истерическом неврозе (Ротенберг В. С. и др., 1975). В. И. Гарбузов (1977) считает, что такие патологические проявления во сне, как сомнамбулизм, сноговорение, ночные страхи, бессонница, энурез и даже качания во сне, являются формой «ночной истерии». При синдроме «ночной истерии» у детей В. И. Гарбузов отмечает, что

«обращает на себя внимание манерность, вычурность поведения детей в этот период. Они, как правило, заламывают руки, из­гибаются на руках у родителей, кричат, рыдают или смеются "до истерики", стучат кулаками по постели, лицу родителей, извива­ются, визжат, закатывают глаза, в рудиментарном виде выполня­ют истерическую дугу, хватают себя за горло, будто им что-то ме­шает, щиплют себя и окружающих, т. е. демонстрируют во сне истерические симптомы». Подобное, типа «истерического сомнам­булизма», поведение В. И. Гарбузов отмечает у 10% наблюдавшихся им больных с истерическим неврозом (Гарбузов В. И. и др., 1977).

Нарушение засыпания у детей-невротиков проявляется в рез­ко выраженных длительных капризах и возбуждении у млад­ших детей, страхах и ритуалах у школьников. Отмечается бес­покойный сон с обилием движений, нередко дети даже падают с кровати. В наших исследованиях выявилась большая частота особых поз во сне, из которых прежде всего следует назвать длительное пребывание на животе и стремление опустить голо­ву вниз, так что голова свешивается с кровати, тогда как ноги лежат на подушке. Расстройство сна в форме пароксизмальных явлений у невротиков наиболее часто представлено слюноте­чением (что вовсе не связано, как иногда полагают, с глиста­ми), скрипом зубов (бруксизм), вздрагиванием. Ночные страхи и ночной энурез не так уж часты у невротиков по сравнению с другими расстройствами сна. Стереотипные движения во сне чаще всего проявляются в виде сосания пальцев и языка, по­дергивания волос, качания головой.

Нарушение бодрствования характеризуется вялостью, неус­тойчивостью внимания и активности в течение дня с возбужде­нием к вечеру. Расстройства бодрствования выражаются также в обмороках, аффективном сужении сознания при возбуждении, сонливостью до полной инверсии (т. е. бессонницей ночью и сон­ливостью днем), возникновением «парадоксальной сонливос­ти» (Эпштейн А. Л., 1928; Шпак В. М., 1968), когда дети при вы­раженной потребности спать возбуждаются.

Обилие сновидений при неврозах у детей может подтвер­дить гипотезу (Ротенберг В. С, 1975; Аршавский И. А., Ротен­берг В. С, 1976) о компенсаторном усилении сновидной актив­ности при отказе от разрешения ситуации днем, уходе от ситу­ации или неадекватном способе ее разрешения — в сновидени­ях ситуация представлена в благоприятном свете.

Нередко в сновидении детей, больных неврозами, символи­чески отражается конфликтная ситуация в семье («цыгане на­пали, искали вначале маму, ее не нашли, зато нашли меня, все

резали и резали, но никак не могли разрезать, потому что нож был тупой», «как будто наш дом взорвался», «я борюсь со змея­ми, черные змеи кусают меня в грудь, а пока я борюсь, на пне сидит большой змей в очках, который всеми руководит, затем я борюсь с ним, он меня больно кусает, и я умираю»). При нали­чии конфликтов между родителями характерны следующие сно­видения: кто-то кого-то «зарезал», «идет война», «как будто наш дом взорвался» и т.д.

В целом же для сновидений при неврозах у детей характер­но обилие ярких сценических картин, часто цветных, символич­но отражающих внутренние конфликты. Эти сновидения отли­чаются от спокойных сновидений контрольной группы детей младшего школьного возраста. Кроме того, следует обратить вни­мание на тот факт, что у больных неврозами сновидения обна­руживаются в более раннем возрасте, чем у контрольной груп­пы детей. Одна из наших пациенток в возрасте 1 года 3 меся­цев после испуга днем от прыгнувшей на нее кошки в состоя­нии сна несколько раз сказала «кыш, кыш, кыш» и сделала движения руками, как ее мать, отгоняя кошку. Обычно же пер­вые сновидения рассказываются детьми с 3—3'/2 лет. Наши ис­следования структуры сна при неврозах у детей подтверждают имеющиеся в литературе данные об удлинении латентного пе­риода засыпания, более частых пробуждениях, увеличении длительности легких стадий сна, уменьшении продолжительно­сти глубокого сна и увеличении ПС. В норме в возрасте 10 лет длительность ПС составляет около 30% от общей продолжитель­ности сна. ПС увеличивается от начала ночи к концу, в то вре­мя как у больных неврозами длительность ПС имеет пик в се­редине ночи, а затем уменьшается. Общее время ПС в первую половину ночи у невротиков меньше; особенно показательным является «эффект первой ночи» в лабораторных условиях — все показатели сна почти полностью меняются, а присущие патоло­гические феномены сна (энурез, снохождение и т. д.) почти все­гда, даже в самых тяжелых случаях, исчезают. С этим связана чрезвычайная трудоемкость изучения патологического сна у де­тей и необходимость последовательного многосуточного наблю­дения в процессе адаптации к лабораторным условиям. Инте­ресно, что перед наступлением первого ПС появляются кратко­временные вспышки как бы «пробного» ПС, что объясняется не недостатком «запускающего» механизма, а аффективной неус­тойчивостью {Leygonie et al., 1974). Парадоксальный сон — очень уязвимая стадия, и на ней прежде всего сказываются аффекты

дня. У детей может наблюдаться реципрокность между длитель­ностью ПС и интенсивностью невротических проявлений, в ча­стности интенсивностью невротических страхов (Leygonie et al., 1974). Таким образом, расстройства сна при неврозах весьма об­ширны и резко выражены.

Клинические наблюдения показывают, что многие формы патологического сна могут возникнуть после острой или хрони­ческой психической травмы. При описании отдельных форм па­тологического сна мы приведем случаи психогенно обусловлен­ного ночного энуреза и ночных рвот, бессонницы и кошмарных сновидений и др- Однако наш опыт убеждает, что не менее су­щественна и обратная связь невроза и расстройств сна, что не только психогенная реакция ведет к срыву нормального тече­ния биоритма, но, возможно, наоборот, патологический сон ве­дет к невротическому реагированию днем. Интересным и нео­жиданным фактом явилось большое число нарушений сна у родителей, совпадающих с типом нарушенного сна у ребенка. Н. А. Крышовой (1946) было указано на наследование некоторых особенностей сна, что может послужить еще одним доказатель­ством в пользу первичной биологической основы нарушений сна у невротиков. В этом же плане может быть рассмотрена и боль­шая частота нарушений становления биоритма сон — бодрство­вание в раннем детстве до 3—6 месяцев (67%), выражающихся или в очень беспокойном сне с безутешным беспричинным кри­ком, или инверсией сна и бодрствования, когда дети хорошо спят днем, а ночью не спят и тихо играют, или в исключительно вы­раженной сонливости, когда трудно разбудить ребенка для кор­мления (подробно рассмотрение этих вопросов представлено в разделах об инверсии сна и детской бессоннице).

Данные литературы и собственные наблюдения позволяют с небольшим преувеличением сказать, что невроз не бывает без расстройств сна, а иногда эти расстройства — единственное проявление невроза.

Таким образом, связь невротического реагирования и нару­шений сна очень сложна, и, возможно, продуктивным окажется подход, при котором некоторые психопатологические проявле­ния днем будут рассматриваться как часть общего срыва био­ритма. Интимные нейрофизиологические механизмы сна и бодрст­вования, которые, по современным представлениям, принимают непосредственное участие в эмоциональных реакциях, при за­держке созревания сна в онтогенезе могут быть биологической основой невротического реагирования.

**ОСОБЕННОСТИ СНА ДЕТЕЙ С ОЛИГОФРЕНИЕЙ**

Принято считать, что страдающих олигофренией де­тей характеризует снижение уровня активности. Как правило, при этом ссылаются на то, что чем глубже психическое недо­развитие, тем более выражены малоактивность, сонливость, монотонные двигательные стереотипии, снижение объема и устойчивости внимания и т. д. Между тем, развивая исследова­ния С. С. Мнухина, Д.Н.Исаев (1971) показал, что характерис­тики уровня и качества поведенческой активности существенно различны при выделенных им формах общего психического не­доразвития — астенической, атонической, стеническои и дисфо-рической. Отмеченные им различия находят подтверждение не только в структуре интеллектуального дефекта и особенностях бодрствования, но и в картине нарушений поведения, в свой­ственных для каждой формы психозах.

В последние годы появились работы по исследованию сна у детей-олигофренов, причем, судя по описаниям, речь идет о не­дифференцированных олигофрениях, близких по своим харак­теристикам к стеническои форме общего психического недораз­вития по — С. С. Мнухину и Д.Н.Исаеву (Исаев Д. Н., 1971). В последние годы появились работы по исследованию сна у оли­гофренов, которые были стимулированы данными о роли ПС в процессах обучения и памяти, положительными корреляциями между ПС, активностью мозга и познавательными и перцептив­ными процессами во время бодрствования. Специальное иссле­дование ночного сна у олигофренов 14—16 лет (по описанию — имбецилов), проведенное V. Stajanovic, Durrige (1974), выявило, что у олигофренов: 1) значительно снижен процент ПС (3%, в норме— 20—27%); 2) латентный период засыпания значительно короче (17 мин, в норме— 26 мин}, 3) латентный период перво­го появления ПС дольше (311 мин, в норме до 145 мин); 4) быс­трые движения глаз более часты; 5) ночь в лабораторных усло­виях проходит как обычно, в то время как у нормальных детей в первую ночь все показатели меняются.

Таким образом, при олигофрении выявлены существенные нарушения сна.

Безусловная ценность подобных исследований несколько сни­жается за счет прямого сопоставления характеристик интеллек­та, с одной стороны, и сна — с другой. При этом остается вне рассмотрения общая дезорганизация психики, сопоставление ко­торой с особенностями сна было бы, на наш взгляд, более ин­формативным.

Проведенный нами предварительный анализ особенностей сна — бодрствования у 40 детей с разными формами олигофре­нии в степени дебильности показал следующее. При астеничес­кой форме чаще, чем при других, отмечались нарушения засы­пания, связанные с аффективно значительными событиями дня. Сновидения были более развернуты, сюжетны, более многооб­разны, а спонтанные отчеты о них более часты. При появлении специфических олигофренных психозов последние протекали у большинства таких больных с картинами астенической спутан­ности с онейроидными и делириозными компонентами. При ато­нической форме эти компоненты, как правило, монотонны и сте­реотипны и отражают, по-видимому, особенности активности, колеблющейся от полной аспонтанности до постоянного двига­тельного беспокойства. Спонтанные отчеты о сновидениях крайне редки, и, судя по ним, содержание сновидений сюжетно обед­нено, связь его с личностными структурами мала. Психозы с помрачениями сознания у них наблюдаются не часто. При дис-форической форме выраженность нарушений сна была нерегу­лярной, мало зависела от предшествующего бодрствования. Сон более беспокоен, с частыми пробуждениями в состоянии пани­ческого страха. Сновидения, когда удается получить отчет о них, нередко приближаются к таковым при эпилепсии, в частности, по перцепторным особенностям и выраженной инстинктивной окраске. Психозы нередко имеют периодическое течение. Нако­нец, при стеническои форме нарушения сна различны при «урав­новешенном» и «неуравновешенном» вариантах. При неглубо­ких степенях интеллектуального дефекта особенности сна в об­щем виде могут быть сравнимы с особенностями сна у здоро­вых детей. О менее грубом поражении системы сон — бодрство­вание говорит и то, что при олигофренных психозах наблюда­ется астеническая спутанность с галлюцинаторно-делириозны­ми (а не онейроидньтми) состояниями. Имея предварительное значение, эти наблюдения позволяют думать, что дальнейшее изучение нарушений процесса сна — бодрствования должно опи­раться на дифференцированные клинико-физиологические пред­ставления об олигофрении.

**ОСОБЕННОСТИ СНА У СЛЕПЫХ ДЕТЕЙ**

Особенности становления цикла сон — бодрствование при выключении столь важного для нормального развития ана­лизатора, каким является зрительный, должны иметь принципи­альное значение как для изучения пограничных состояний, так и

для физиологии высшей нервной деятельности. Однако исследова­ния сна у слепых детей, к сожалению, еще весьма малочислен­ны. Описаны значительные особенности и своеобразие формиро­вания поведения и личности слепого ребенка, формирование ком­пенсаторных поведенческих реакций. В специальных исследова­ниях нервно-психических нарушений при врожденной слепоте (Микиртумов Б. Е., 1971; Матвеев В. Ф., 1974) выявлено значитель­ное нарушение уровня и структуры бодрствования слепых детей, которое проявляется астеническим синдромом, депрессивно-ди-стимическими колебаниями настроения, уходом во все усложня­ющиеся грезоподобные фантазии, апатичностью и слабостью во­левых действий. Исследование ЭЭГ в бодрствующем состоянии подтвердило снижение уровня бодрствования у слепых за счет снижения зрительной афферентации (перцепторная депривация) в виде депрессии альфа-ритма и снижения амплитуды биоэлект­рической активности, а также за счет врожденной церебральной неполноценности (доминирование медленных волн, локальные изменения, гиперсинхронизация) (Микиртумов Б. Е., 1971). Сниже­ние уровня бодрствования явилось, по-видимому, нейрофизиоло­гической основой развития патологического грезоподобного фан­тазирования и синестезией, наблюдаемых у V3 слепых. Интерес­но в этой связи, что еще В. А. Гиляровский (1954) показал, что у слепых редки психозы со зрительными галлюцинациями, но час­ты галлюцинации чувства приближения.

По данным исследования электрофизиологической картины бодрствования и сна слепых детей, предпринятого А. Н. Шеповаль-никовым (1971, 1972), у слепых от рождения детей альфа-актив­ность (основной ритм бодрствования у 75% детей) после 3 лет не обнаруживается ни над одной областью мозга. Не созревает аль­фа-ритм и в более старшем возрасте, общая картина ЭЭГ бодр­ствования характеризуется сниженной амплитудой ритма.

Сон слепых детей также своеобразен. У слепых от рожде­ния нет зрительных сновидений, но быстрые движения глаз уда­ется зарегистрировать с раннего возраста. Кстати, этот факт был серьезным аргументом, опровергающим гипотезу об обязатель­ной связи ПС со сновидениями, что лишний раз показывает не­обходимость и значимость клинических исследований для физи­ологии. При полиграфическом изучении сна 11 слепых от рож­дения детей школьного возраста были выявлены все стадии сна, свойственные нормальным детям.

К числу особенностей ЭЭГ сна слепых детей следует отнес­ти отсутствие экзальтации альфа-ритма в периоде засыпания.

Кроме того, характерно периодическое появление так называе­мого мю-ритма(над центральными отделами мозга во время парадоксальной стадии сна. Феномен появления мю-ритма рас­сматривается в настоящее время как компенсаторный эквива­лент активности, который иногда регистрируется в ПС у взрос­лых. Полученные данные показывают, что, несмотря на все ком­пенсаторные возможности, даже у старших слепых школьников нет полной зрелости системы сон — бодрствование. Ночью на ЭЭГ встречаются патологические компоненты, отсутствуют нор­мальные распределения биоритма по зонам мозга, может быть не сформирован сигма-ритм, который, по данным А. Н. Шепо-вальникова (1972), отражает зрелость высших отделов мозга и коррелирует с уровнем психомоторного развития.

У слепых от рождения детей часто наблюдаются и клини­чески выраженные синдромы патологического сна.

Боря и Витя К., близнецы 3V2 лет. Родились от первой нормально протекающей беременности у здоровых родителей. Роды преждевремен­ные на 6'/2 месяце беременности. Масса каждого при рождении 1900 г, крик сразу. Дети были помещены в кислородную палатку. Через 4 дня в результате усиления давления кислорода дети ослепли. Воспитывались в условиях семьи. Грудное вскармливание до 6 мес. В три месяца заме­тили качания головой сначала перед сном, а потом и во сне с нараста­нием интенсивности. На ЭЭГ — отсутствие альфа-ритма, доминирует низкоамплитудная медленноеолновая активность. Днем дети капризны, расторможены, пугливы, очаговых неврологических симптомов нет. Структура сна изменена — глубокие стадии МС не сформированы.

Данный случай с учетом ЭЭГ свидетельствует о задержке созревания прежде всего синхронизирующих систем мозга, что клинически отражается в появлении компенсаторных двигатель­ных стереотипии.

Таким образом, задержка созревания функций сенсорных си­стем, в частности оптико-вегетативной системы, приводит к глу­боким нарушениям биоритма сон — бодрствование и обусловливает значительные изменения личности вплоть до патологических.

**СОН У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

С давних времен известна связь эпилептических при­ступов и сна. Говорилось об особой «ночной эпилепсии». Како­ва действительная связь эпилепсии со сном и какие из эпилеп­тических признаков, традиционно считающихся радикалами эпилептического спектра (детские судороги, ночные страхи,

655

энурез), имеют истинную патогенетическую связь с эпилепсией и сном? Выделены три типа эпилепсии в зависимости от связи с фазами циркадного биоритма:

1} ночная эпилепсия (преимущественно темпоральная);

2) эпилепсия бодрствования (представленная petit mal и от­дельными формами генерализованных миоклоний);

3) так называемая диффузная эпилепсия (обусловленная обыч­но грубоорганическими изменениями мозга, припадки случают­ся одинаково часто днем и ночью).

Многими исследователями отмечено различное влияние двух типов сна на припадки: МС усиливает их, а ПС ослабляет и способствует их прекращению (Сараджишвили П. М., Гелад-зеТ. Ш., 1977).

Эпилептические приступы несомненно связаны с биоритмами. Известны годовые и сезонные циклы приступов, указана их связь с лунным ритмом (Буль В. Ф., 1976; Илепаев И., 1978), но особен­но существенна для клиники их связь с циркадным биоритмом сна и бодрствования. По Janz D. (1964), припадки типа grand mal в 45% случаются во сне, в 34%— в бодрствовании и в 21% — в обоих состояниях.

По другим данным (цит. по: Сумский Л. И., 1971; Gastaut H., Broughton R., 1972; Сараджишвили П. М., Геладзе Т. Ш., 1977), от 18 до 30% генерализованных припадков бывает только во сне, в то время как различные фокальные припадки во сне развива­лись реже. Генерализованные припадки у детей не только бо­лее часто возникают во сне, но, что не менее важно, начинают­ся в раннем детстве чаще всего именно во сне и лишь с возра­стом появляются в период бодрствования. Г. Л. Воронков (1969) показал, что первый судорожный припадок в состоянии ночно­го сна наблюдается в 68%.

Таким образом, эпилепсия и сон клинически весьма тесно связаны.

Электрофизиологические исследования показали, что различ­ные виды припадков имеют определенный тропизм к разным стадиям сна. Так, генерализованные приступы бывают только во время МС.

Большинство исследователей считают, что исчезновение как клинических, так и субклинических приступов в парадоксаль­ной стадии сна происходит не пассивно, а активно, т. е. меха­низмы ПС способствуют исчезновению приступов. Установлено (Passouant P. et. al., 1974}, что, с одной стороны, при эпилепсии у детей страдает ПС, а с другой стороны, препараты, улучшаю-

щие ПС, купируют припадки. Нарушения ПС у больных эпи­лепсией сводятся к появлению и увеличению промежуточных фаз с осколками ПС (Gastaut H., Broughton R., 1972).

По мнению В. В. Дубикайтиса (1971), механизм petit mal элек-трофизиологически самым интимным образом связан с МС.

Клинические формы «ночной эпилепсии» отличаются от при­ступов, которые встречаются днем во время бодрствования. Зна­чительно усиливается тонический компонент. Приступы в ос­новном короткие *V-* от 4—5 с до 10—20 с без вторичного после-приступного эффекта. Эти короткие атаки идут по типу «то­нических спазмов» в виде резких наклонов или откидывания го­ловы. На ЭЭГ такие пароксизмы с трудом дифференцируются от мышечных артефактов. Для пароксизмов petit mal свойствен­но время начала сна и начала бодрствования, точнее, время про­буждения. Электроэнцефалографически — это переходные ста­дии от I к II и от ПС к бодрствованию. Это единственый вид припадков, которые могут учащаться в ПС по сравнению с МС и бодрствованием.

У ряда больных припадкам во сне предшествуют особые сте­реотипные сновидения, пример которых представлен в следую­щем случае:

Таня Д., 12 лет. Первый судорожный припадок развился во сне в 10-летнем возрасте. В течение двух лет было около 15 приступов — все во сне. Приступам в течение нескольких дней предшествовали стерео­типные сновидения. Видела струны красного цвета, по ним, как по нот­ным линиям, поднимались серебристые комочки. Возникало ощущение экстаза, от которого «даже неприятно». Затем картина сразу менялась: девочка видит себя на крыше высокого красного дома, знает, что этот дом — бабушкин. Она падает и летит. Ощущает очень радостное чув­ство полета, которое затем сменяется страхом. Пытается кричать, и на­ступает темнота.

При наблюдении за девочкой в это время: хрипло кричит, затем на­чинаются клонико-тонические судороги.

Расширяющиеся исследования сна при эпилепсии приносят все новые факты, говорящие о том, что эпилепсия имеет самую глубокую связь со сном, судорожные припадки провоцируются сном (МС) и прекращаются в период ПС и под действием пре­паратов, улучшающих структуру сна.

Известное выражение Е. Gibbs, F. Gibbs (1952), что одна ми­нута исследования ЭЭГ во сне дает больше информации для ди­агностики эпилепсии, чем час исследования в состоянии бодрство­вания, почти точно отражает действительное положение вещей.

**НАРУШЕНИЯ СНА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

Как известно, И. П. Павлов рассматривал ряд симпто­мов шизофрении как следствие гипнотических фаз, переходных между сном и бодрствованием, но существует ли связь меха­низмов сна с самим шизофреническим процессом и если суще­ствует, то как она проявляется в онтогенетическом становлении биоритма сна — бодрствования у детей, страдающих шизо­френией?

По мнению некоторых исследователей (Вейн А. *М.,* 1974; Williams К. et al., 1974), связь сна с шизофренией сомнительна, так как для сна при шизофрении наиболее закономерно отсут­ствие какой-либо закономерности, и структура сна в острой фазе и фазе ремиссии может быть самая разнообразная. С другой стороны, накапливается ряд данных о существовании связи рас-с *t* ройств сна с шизофреническим процессом. Шизофрении не ■I олько свойственна исключительно большая частота нарушений сна, но и обнаруживается связь между типами нарушений сна и формами болезни (Федянин Г. П., 1968). При кататонической форме двигательная активность во сне очень мала, но в ответ на стимул появляется резкое возбуждение; пик психомоторного возбуждения приходится на ночной период при гебефреничес-кой форме. Описаны далеко не редкие случаи, когда шизофре­ния дебютировала расстройствами засыпания и сна (SnyderF., 1969), что особенно свойственно параноидной форме (Koresko"R. et al., 1963). В обзоре литературы по особенностям сна при шизо­френии (Williams К. et al., 1974) приводятся данные, что для этого заболевания характерны длительное засыпание, частое пробуж­дение, тревожный поверхностный короткий сон и отсутствие присущего здоровым четкого биоритма сна и бодрствования, по­явление особых сновидений с картиной дезинтеграции тулови­ща {аутотопагнозия2). Электрофизиологические исследования пос­ледних лет показали, что в основе аутотопагнозии лежит дис­функция глубоких структур мозга, участвующих в регуляции уровня бодрствования и сна (Демин Н. Н. и др., 1978). Имеются данные об особенностях нарушений механизмов сна при ши­зофрении. Так, при экспериментальном лишении сна у больных шизофренией отсутствует компенсация стадии IV сна, чего не бывает ни в норме, ни у исследованных больных с другими психическими заболеваниями. Если больной галлюцинирует, то

2 *Аутотопагнозия* — нарушение представлений о собственном теле в це­лом или о соотношении его частей (примеч. peg.)

восстановления быстрого сна не происходит. Вне периода гал­люцинации представленность быстрого сна увеличивается, а во время их появления — уменьшается, т. е. существует обратная корреляция между галлюцинациями и быстрым сном (Fischer, 1969, цит. по: Вейн А. М., 1974). Fischer была высказана гипотеза о нарушении парадоксального сна как основы патогенеза ши­зофренического процесса. Однако, по сути дела, эта гипотеза касается лишь механизмов развития галлюциноза при шизоф­рении. По гипотезе Фишера, дефицит быстрого сна в ночное время проявляется компенсацией его днем в виде галлюцинаций. Замещение сновидений галлюцинациями подтверждается тем, что в содержании ночных сновидений у больных тем меньше кар­тин, чем больше галлюцинаций днем. Эта гипотеза получила косвенное подтверждение в том, что у больных днем во время психотических эпизодов с галлюцинациями появляются так на­зываемые ПГО-комплексы (понтогеникулярно-окципитальные спайки), характерные только для парадоксального сна в очень раннем возрасте (Williams К. et al., 1974). В последнее время об­наружены еще более глубокие нарушения цикла сон — бодр­ствование у больных шизофренией. Структура стадий оказыва­ется нечеткой, появляется много смешанных и промежуточных картин ЭЭГ (например, парадоксальный сон без быстрых дви­жений глаз) либо сочетание медленного сна с БДГ. Эти наруше­ния напоминают онтогенетически ранние формы сна, в частно­сти стадию «активного сна» у новорожденных.

Нарушение цикла сон — бодрствование, выраженное при шизофрении у взрослых, еще более значительно в детском возрасте.

Г. Е. Сухарева (1974) указывает, что нарушения ночного сна наряду с повышенной сонливостью днем относятся к самым ран­ним симптомам шизофрении у детей.

Совместно с В. Е. Каганом мы предприняли попытку анали­за качественных особенностей сна и бодрствования у детей, боль­ных шизофренией, в сравнении с клинически сходными непро­цессуальными состояниями (детский аутизм). Оказалось, что в преморбиде у детей, больных шизофренией, почти всегда выяв­ляются нарушения сна и бодрствования, которые прогрессиру­ют вместе с развитием симптоматики. В раннем возрасте отме­чается инверсия сна — дети длительное время бодрствуют но­чью и спят днем. Нарушения бодрствования у детей проявляются -в уменьшении активного внимания, в уходе от внешнего мира в мир неосуществленных желаний,' где «невозможное превраща­ется в возможное и реальное».

Электроэнцефалографическим выражением сниженного и «гомогенного» бодрствования является доминирование на ЭЭГ больных низкоамплитудного ареактивного ритма с малой пред-ставленностью альфа-активности отсутствием дифференциров-ки по зонам мозга и незначительной диффузной реакцией на функциональные пробы, что отличается от картины ЭЭГ при внешне сходных с шизофренией состояниях органического аутиз­ма, при которых выявляются грубые патологические органи­ческие знаки в виде «атонических» или «пароксизмальных явлений».

Сравнение электрополиграфической картины сна детей с шизофренией и органическим аутизмом выявляет не только раз­личную дезорганизацию стадий сна при шизофрении, но, что более важно, и разнонаправленную диссоциацию развития систем сна — бодрствования при шизофрении и органическом аутизме.

Если при органическом детском аутизме отмечена задержка созревания медленного сна и неустойчивость хорошо выражен­ного ПС, которые с возрастом нормализуются, то при шизофре­нии ПС грубо извращен и отмечается переход на более прими­тивные уровни биоритма сна— бодрствования, что проявляется значительным удлинением недифференцированных промежуточ­ных стадий.

Если при неврозах характер сновидений символичен и от­ражает оттенки конфликтной ситуации и способы борьбы или примирения, а сами сновидения эмоциональны и разнообраз­ны, то при шизофрении в них раньше, чем в состоянии бодр­ствования, проявляется и оформляется патопсихологическая кар­тина будущей манифестации. В сновидениях больных шизофре­нией, как видно из следующих примеров, нет борьбы.

Мальчик *6 лет.* Много рассуждает о совах. Слышит, как сова уха­ет. Себя называет другим именем и фамилией, говорит, что у него ость брат с той же фамилией, что он вместе с братом застрелил из рогатки залетевшую к ним сову. Сновидение: «На шкафу их вижу, эти глаза (совы), я их подстрелил, упали эти глаза на пол, и я их выбросил в вед­ро...», «Ко мне во сне прилетела сова. Я ее спугнул. Кошки тоже едят мышей. Вот я и думаю, почему мы не любим кошек, сов, змей?— Они мышей едят».

Мальчик *8 лет.* Днем — бредового типа фобии: тети на улице мо­гут уколоть ядовитой иглой, ребята Moi-ут рассыпать ранец и т. д., а так­же эпизоды ментизма: наплывы мыслей о трупах— ходящих, стоящих и др. В сновидениях— ведьмы, пытки, знакомая учительница пытает детей.

*Девочка 11 лет.* Бред воздействия — полагает, что ее мысли чита­ют соседи и одноклассники при помощи специального аппарата. Ей снит­ся, что над ней смеются ребята. Видит фигуры у каких-то аппаратов. «Вот, если вы увидите привидение— вы можете узнать, чье оно? Вот и я не могу сказать подробно об этих людях и аппаратах»).

Таким образом, на основании данных литературы и собствен­ных наблюдений мы считаем возможным предполагать интим­ную связь нарушений сна с шизофреническим процессом вслед­ствие извращения созревания биоритма сон — бодрствование и особую значимость этой связи для детской психиатрии. Совре­менные знания о механизмах сна и бодрствования позволяют на новом уровне вернуться к блестящим догадкам психиатров прошлых лет о связи сна и психозов.

**НАРУШЕНИЯ СНА И БОДРСТВОВАНИЯ**

**ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

При различных органических поражениях мозга нару­шения сна часты и значительны, пбскольку структуры, принима­ющие участие в организации ритма сон — бодрствование, очень многочисленны. Следует иметь в виду, что система поддержания диффузного бодрствования (активирующая ретикулярная форма­ция) расположена более компактно и, как указывает А. М. Вейн (1974), она может пострадать быстрее, чем система сна с ее бо­лее представленной и взаимозаменяемой структурной органи­зацией. Для понимания особенностей нарушения сна и бодрство­вания при поражениях головного мозга у детей следует помнить, что система, организующая активное бодрствование, филогенети­чески более молода и соответственно более ранима.

*Невропатия* (или так называемая «врожденная детская не­рвность»), как принято считать, представляет собой дисфунк­цию нервной системы в раннем детстве (до 3 лет), являющую­ся следствием поражения плода во время беременности, травм во время родов, заболеваний новорожденного и т. п. Клинически невропатия проявляется прежде всего нарушением сна. Это может быть «спокойная бессонница», когда ребенок ночью спокойно играет в кроватке. Чаще всего это короткий преры­вистый сон с беспокойными пробуждениями без страхов. Ре­бенок, страдающий невропатией, узнается по безутешному бес­прерывному плачу или истошному крику, при этом тщательное соматическое обследование никакой патологии не выявляет. Бод­рствование характеризуется психомоторной нестабильностью с

акцентом на гиперактивность, с повышенной склонностью к ритму (в движении, музыке), склонностью к пароксизмально-ал-лергическому реагированию (диатезы, ложный круп, астматичес­кие приступы). Невропатия относится к тем нерезким пораже­ниям головного мозга, при которых компенсаторная перестрой­ка обычно выравнивает развитие к определенному возрасту. В некоторых случаях развитие может оказаться даже несколько ускоренным. Например, есть указание, что небольшая недоно­шенность способствует более быстрому созреванию механизмов сна (Евсюкова И. И., 1971).

При другой стертой резидуальной органической патологии, известной под названием *минимальной мозговой дисфункции,* развитие, особенно двигательной сферы, чаще задерживается. Более грубые нарушения биоритма проявляются неустойчивос­тью внимания, психомоторной нестабильностью и агрессивным поведением, суетливостью, склонностью к аффективным присту­пам с сужением сознания и другим пароксизмальным проявле­ниям. Исаев Д. Н. и Каган В. Е. (1978) рассматривают эти нару­шения в рамках астенической формы ре зидуально-органических нарушений психики (по С. С. Мнухину) и выделяют их клини­ческие варианты: эмоциональный, поведенческий и «школьный». Они показали существование в рамках синдрома гиперактивно­сти двух вариантов дезорганизации цикла сон — бодрствование, связанных с соотношением порогов возбудимости и торможе­ния, и обосновали различные методы лечения при этих вариан­тах. Расстройства сна этих детей идут также по пароксизмаль-ному типу (энурез, судорожные и астматические приступы во сне, ночные страхи).

**Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко**

**КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИВЫЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ1**

Анализ литературы, посвященной ПДД, обнаружил, что дальнейшее изучение этой проблемы требует, с одной стороны, уточнения и расширения данных, касающихся феноменологии, клиники и в особенности динамики рассматриваемых рас­стройств, а также углубления параклинических исследований в данной области, а с другой стороны — концептуального синтеза фактологического материала с позиций естественнонаучного си­стемного подхода, осуществляемого на разных уровнях (Ано­хин П. К., 1979; Бехтерева Н. П., 1980; Судаков К. В,, 1987; Сосю-кало О. Д., Ермолина Л. А. и др., 1990; Оудсхоорн Д. Н., 1992; Алек­сандровский Ю. А., 1993).

Так, яктация2 и сосание пальца чаще всего возникали в грудном и раннем возрасте. Пик трихотилломании, представ­ленный сформированным патологическим синдромом, включаю­щим не только привычные манипуляции с волосами, но и их экстирпацию3, приходится на возрастной период *7*—11 лет, тог­да как в дошкольном, раннем и подростковом возрасте этот вид ППД развивается в два раза реже. Онихофагия4 с равной час­тотой развивается в раннем, дошкольном и младшем школьном возрасте. Допубертатная мастурбация занимает промежуточное место. Она чаще бывает единственной формой ППД и возни­кает обычно в раннем и дошкольном возрасте.

Сравнительно-возрастное изучение ППД подтвердило бли­зость рассматриваемых расстройств и их рудиментарных непа­тологических прообразов, представленных различными форма­ми стереотипного двигательного поведения.

Вопрос отграничения собственно патологического поведения от непатологического (естественного для всех детей определен­ного возраста; не типичного для большинства, но не выходящего за психологические рамки приспособительных реакций, обуслов­ленных индивидуальными особенностями; гиперкомпенсаторного

1 Антропов *Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М., 1999, стр. 225—239.

*2 Яктация* — двигательное возбуждение в форме хаотических некоорди­нированных движений, чаще всего в пределах постели (примеч. *ред.).*

3 *Экстирпация —* выдергивание волос (примеч. *ред.). Онихофагия —* навязчивое обкусывание ногтей (примеч. *ред.).*

или условно-патологического) представляется весьма непростым даже в тех случаях, когда речь идет о брутальных отклонениях от социальных норм не только в детском, но также в юношеском и зрелом возрасте (Ковалев В. В., 1979, 1985; Личко Е. А., 1979, 1983; Зейгарник Б. В., 1986; Попов Ю. В., 1986; Сосюкало О. Д. и соавт., 1990).

По-видимому, безусловно патологическим можно считать та­кое привычно повторяющееся поведение, которое привело к оче­видному физическому дефекту либо к психогенным (невротичес­ким, патохарактерологическим) реакциям на собственное пове­дение, его косметические и социальные последствия. Понятно, что ориентацию на эти признаки, явно нарушающие процесс нормального развития ребенка, нельзя признать приемлемой.

В контексте рассматриваемой проблемы сложность данного вопроса усугубляется тем, что решать его приходится часто в раннем возрасте, когда то или иное стереотипное поведение яв­ляется характерным для большинства детей, а критерий соци­альной дезадаптации, обязательный при клинической оценке де-виантного поведения, представляется весьма условным, поскольку определяется почти исключительно семейной средой.

В то же время выделение ранних, пусть не абсолютных, при­знаков приобретения привычными действиями патологического качества еще до того, как они приведут к стойкой социальной дезадаптации, связанной с их физическими (косметическими) и психологическими последствиями, является крайне актуальным, поскольку обеспечивает своевременное проведение психопрофи­лактических и лечебно-коррекционных мероприятий.

*Исследователи предлагают различные критерии для опреде­ления собственно патологического характера привычных пове­денческих стереотипов детского возраста. Среди них выделя­ются такие признаки, как сохранение сосания пальца или рас­качиваний после года (Spitz R. А., 1962; Nissen I, 1980), после 2— 3 лет (Ajuriagueira J., 1970; Lemke R., Rennert H., 1970; Chess S., Hassibi M., 1975) или 3—4 лет (Lourie R. S., 1949), чрезмерно ин­тенсивный характер, грубая выраженность и частота мастур-бационного поведения (Гарбузов В. И,, 1990; Forman М. A. et ah, 1987), ненормальная степень интерференции онихофагии в пси­хические, эмоциональные и социальные функции ребенка (Лебе­динский В. В. и др., 1990), приобретение стереотипными раска­чиваниями неприятного характера, не соответствующего нормальному развитию (Lourie R. S., 1949; Neubauer P. В., 1974; Silver L. В., 1980), захват ими существенной части активности*

*G.P.A*

*ребенка (Levy D.* М, *1928), упорное сохранение привычки сосать палец, несмотря на наказания, дачу горечи и т. п. (Каппег L., 1955), выход ритмической активности за ситуации утомления, сниженной активности, одиночества, засыпания (SIutteH., 1967; Chess S., Hassibi M., 1975), потеря корреляции ритмических сте­реотипов с глубиной сна и его ЭЭГ-характеристиками, а так­же сочетание их с другими симптомами патологического сна (Гольбин А. И., 1979), ритуальный характер поведенческих сте­реотипов (Гарбузов В. И., 1971), особый интерес к волосам в раннем возрасте в виде игр с ними, поглаживания, подергива­ний, повышенной тяги ко всему ворсистому (Быков В, М., 1973; Ковалев В. В., 1979; Spock В., 1970), навязчивый, астенический, истерический характер раскачиваний в сочетании* с *соответ­ствующими эмоциональными и поведенческими нарушениями (ГолъбинА. И., 1979; Гарбузов В. И., 1990), открытое манипули-рованце половыми органами без учета ситуации и вопреки со­циальному осуждению (Stutte H., 1967), сопровождение сосания другими манипуляциями привычного и интенсивного характе­ра (Каппег* I., *1955). Более единодушны авторы в отношении тех случаев, когда привычки приводят к самоповреждениям и фи­зическим осложнениям в виде стоматитов, окклюзии зубов, де­формации челюсти, уплощения и сморщивания пальца от вла­ги и давления вследствие его патологического сосания (Чу-пинГ. Т., 1972; LevyD.M., 1928; Lewis S.J., 1930; Green A., 1967; KoeningK., 1970; Cordis С. К., 1977, и др.), нарушениям роста ног­тей при онихофагии (Каппег L., 1955), повреждению кожи, ее инфицированию в результате интенсивных раскачиваний и кручений головой, биений о твердую поверхность (Strunk D,, 1980), повреждению половых органов при мастурбации вслед­ствие использования при этом предметов, опасных для здоро­вья (Гарбузов В, И., 1990; Nissen G., 1980), в случаях, когда при­вычка ощупывать голову и крутить волосы сопровождается их выдергиванием, приводящим к облысению (Гарбузов В. И., 1971, 1990; Stutte H., 1967, и др.). Помимо физического диском­форта, который сопровождает чрезмерно интенсивные стерео­типные действия и манипуляции, их патологическое качество может определяться чувством неполноценности, возникающим в результате запретов, осуждения и наказаний (Harbauer H. et а!., 1980).*

На основе проведенного клинико-динамического исследова­ния нами выделены следующие количественные и качественные признаки трансформации физиологических (или условно-

патологических) поведенческих моделей в патологические фе­номены.

Критериями такого перехода можно считать следующие: *а* Учащение эпизодов осуществления тех или иных инфан­тильных психомоторных реакций (сЪсания пальца, раска­чиваний, манипуляций частями тела, собственными воло­сами) вместо естественной возрастной редукции либо воз­никновение их в возрасте свыше 3 лет.

п Увеличение продолжительности этих эпизодов в динамике.

° Сочетание указанных феноменов с другими признаками дизонтогенеза нервно-психического развития (невропатия, задержка угасания рефлексов новорожденных и врождэн-ных автоматизмов, отставание в психомоторном и рече­вом развитии, асинхрония психического развития по типу раннего детского аутизма и пр.)5.

D Генерализация ранних онтогенетических форм поведения, распространение их на другие объекты (кручение и по­дергивание не только собственных волос, но и волос ма­тери и других людей, выдергивание ворса из одеяла, иг­рушек, любых пушистых предметов, сосание и кусание все возрастающего числа предметов, мебели, постельно­го белья, одежды, разнообразие способов раздражения ге­ниталий).

*°* Нарастание полиморфизма физиологических предшествен­ников патологических привычек (одновременное наличие у одного и того же ребенка стереотипных раскачиваний, сосания пальца или языка, грызения ногтей, манипулиро­вания волосами или гениталиями в различных сочетани­ях). Выход поведенческих реакций за первоначальные гра­ницы условий их осуществления (появление стремления сосать палец не только перед едой или сразу после корм­ления, раскачиваться не только при засыпании, ма­нипулировать телом в период активного бодрствования в нестесненном пространстве и в немонотонном окружении), что указывает на утрату (чаще относительную) компенса-

5 Имеются в виду не только более общие по отношению к усиленной те­лесной аутоактивности признаки нарушения созревания, но и вторич­ные по отношению к ним дизонтогенетические образования {психоген­ные личностные «комплексы», патохарактерологические реакции и раз­витие, страхи физического и морального ущерба и пр.).

торной роли рассматриваемых этологических штампов, при­обретения ими качества автономного функционального об­разования.

° Приобретение ими ритуального, характера с жестко фик­сированной последовательностью и сочетанием соверша­емых действий, проявляющимися стереотипно, по типу клише, с отношением к ним как чуждым, болезненным, вредным, вызывающим чувство внутренней несвободы.

Доминирование их над другими формами поведения, явное предпочтение этих действий доступной и прежде привлекатель­ной игровой деятельности, общению, невозможность отвлечь, переключить внимание, упорный возврат к ним при прерыва­нии, тугом пеленании, ограничении движений, взятии на руки, укачивании, баюкании, даче соски и т. п.

Извращенный характер субъективного удовольствия, полу­чаемого от совершения указанных действий, осуществление их, несмотря на чрезмерную интенсивность и болезненность, само­повреждения (вырывание волос, порой с последующим их про­глатыванием, ушибы головы, щипание и кусание себя, приводя­щие к нарушению роста волос, незаживающей мацерации6 кожи, искривлению зубов, уплощению пальца), сохранение привычки вопреки физическим наказаниям, смазывания пальца горечью. Выраженное проявление недовольства и протестное поведение в ответ на запреты (плач, беспокойство, капризы, вегетативные реакции, отказ от еды, невозможность заснуть и т. п.).

Наличие одного из трех последних критериев, характеризу­ющих переход продуктивно-дизонтогенетических феноменов в собственно продуктивные психопатологические образования (на­вязчивые действия, сверхценное поведение или неодолимые вле­чения), или любое сочетание более чем двух признаков из шес­ти предыдущих дает основание уже в раннем возрасте говорить о переходе физиологических проявлений в патологические сим­птомы, требующие направленных лечебных и воспитательных воздействий.

Выделенные критерии в известной степени отражают закономерности возрастной и клинической динамики патологи­ческих привычных действий от физиологического двигательно­го феномена к индивидуальной непатологической, условно-

*Мацерация* (от *лат.* тасего — размягчаю)— разъединение клеток в ра­стительных и животных тканях в результате растворения межклеточно­го вещества (примеч. ред.).

патологической или явно патологической привычке, а также возможной дальнейшей динамике последней в сторону приобре­тения качеств собственно продуктивного психопатологического расстройства.

Клинико-психологический анализ, проведенный в сравнитель­но-возрастном аспекте, показал, что ранними социально-психо­логическими критериями приобретения индивидуальных привы­чек патологического качества могут быть следующие: ■

*°* противоречие проявлений привычного поведения соци­альным нормам конкретной общественной среды;

*°* внедрение привычных стереотипов в структуру естествен­ной для ребенка игровой, познавательной, творческой и комму­никативной деятельности;

о нарушение формирования и соподчинения онтогенетичес­ких уровней общения (Лисина М. И., 1986);

° отклонения в развитии, функционировании и взаимодей­ствии онтогенетических уровней базальнои системы эмоциональ­ной регуляции за счет гиперфункции «уровня стереотипов» (по В. В. Лебединскому и соавт., 1990).

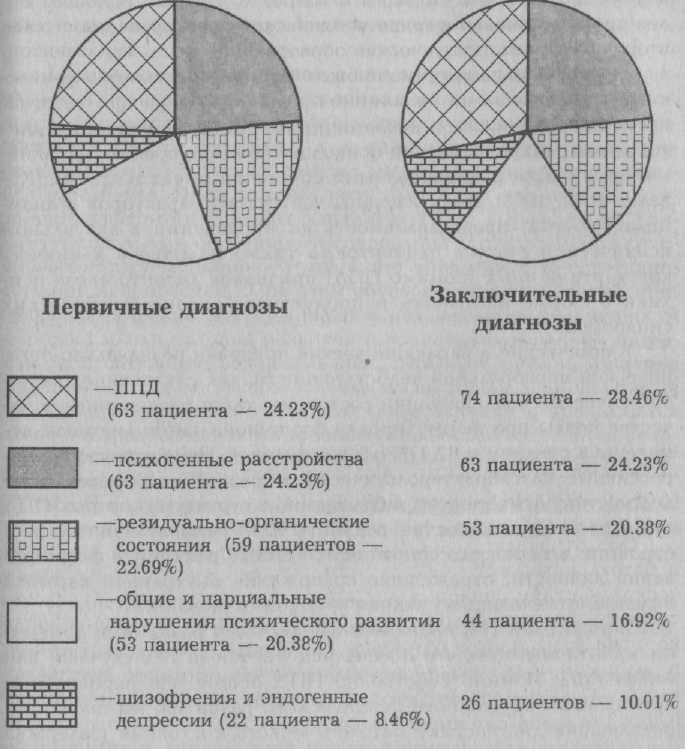
Клинико-психопатологический анализ состояний, в структу­ре которых наблюдались исследуемые поведенческие стереоти­пы в качестве отдельного симптома, факультативного или обли-гатного (обязательного — примеч. *ред.)* синдрома, обнаружил нозологическую неспецифичность привычных действий.

Они отмечались в рамках реактивных состояний, неврозов и патохарактерологических формирований личности, в клини­ческой картине синдрома двигательной расторможенности, не-врозоподобных и психопатоподобных вариантов психоорганичес­кого синдрома, в структуре клинических проявлений олигофрении и задержек психического развития, невропатии, дисгармониче­ского инфантилизма, раннего детского аутизма, а также при ши­зофрении и эндогенных депрессиях.

В то же время ППД, представленные в клинической карти­не в качестве ведущего нарушения, в четверти всех наблюде­ний не позволяли отнести их к более общему расстройству и в соответствии с МКБ-9 диагностировались в качестве «Специ­фических симптомов и синдромов, не классифицируемых в дру­гих рубриках» (шифры 307,3 — для яктации, 307,9 — для осталь­ных вариантов привычных действий).

Нозологическая характеристика обследованных больных пред­ставлена на рисунке **1,**

**Нозологическая представленность ППД в соответствии с первичными и заключительными диагнозами**



*Рис. 1.*

Нозологическая неспецифичность ППД, а также соответствие их феноменологических характеристик естественным формам поведения, свойственным ранним этапам онтогенеза, дает осно­вание считать их проявлением психического дизонтогенеза, а именно его третьего типа (до Ковалеву В. В., 1985}. Соответственно ППД, развившиеся по типу фиксации отмечавшихся с раннего

возраста, но не заторможенных по мере созревания инстинк­тивных стереотипов поведения, могут быть обозначены как пер-вично-дизонтогенетические, а возникшие по механизмам регресса к этим архаическим моделям в возрасте, соответствующем бо­лее зрелым уровням нервно-психического реагирования, — как вторично-дизонтогенетические образования.

Поскольку дизонтогенез может быть вызван как биологичес­кими (генетическими, экзогенно-органическими и др.) патоген­ными факторами, так и неблагоприятными более или менее дли­тельными микросоциально-психологическими средовыми влия­ниями, а также разнообразными сочетаниями тех и других (Ко­валев В. В., 1985), были изучены частота этих факторов в анам­незе больных, представленность их проявлении в актуальном психическом статусе пациентов, а также наличие в клиничес­кой картине иных (помимо ППД) признаков дизонтогенеза пси­хики в форме негативно- и продуктивно-дизонтогенетических синдромов.

Клинические и параклинические признаки резидуально-орга­нической церебральной недостаточности, как служившие для но­зологической квалификации состояния, так и расцененные в ка­честве почвы при формулировке функционального диагноза, от­мечены в среднем у 82,47% обследованных. Невротические, деп­рессивные, патохарактерологические образования, определявшие диагностику психогенных заболеваний, в структуре которых ППД существовали в качестве ведущих или факультативных рас­стройств, а также вторичные психогенные реакции и формиро­вания личности, отражавшие содержание внутренней картины болезни, отмечались в среднем у 47% обследованных.

У родителей 17% пациентов имели место различные привыч­ки, идентичные тем, что отмечались у детей (в 10% случаев) или иного типа. Помимо собственно ППД общие или парциальные проявления нарушенного психического развития, не только оп­ределявшие диагностику патологического состояния (задержка психического развития, олигофрения, невропатия, ранний детс­кий аутизм и пр.), но и являвшиеся факультативными расстрой­ствами в структуре других нозологических форм (в том числе такие системные расстройства, как энурез, энкопрез, заикание, диссомнические симптомы, элективный мутизм и пр.), отмеча­лись у 58,9% обследованных.

Приведенные данные позволяют говорить о значительной условности дихотомического деления рассматриваемых рас-

стройств на психогенные и органические, поскольку в их воз­никновении, фиксации и течении, как правило, участвует ком­бинация различных факторов, находящихся в динамическом вза­имодействии, что обусловливает наличие смешанных и переход­ных форм между «чисто» невротическими и «чисто» псевдонев­ротическими.

Центральное место в этой цепи занимают такие формы си­стемных поведенческих расстройств в виде ППД, которые явля­ются основными проявлениями патологического (или условно-патологического) состояния, т. е. привычные стереотипы, отра­жающие прежде всего собственно дизонтогенетические механиз­мы патогенеза. Прежде всего речь идет о так называемых пер-вично-дизонтогенетических вариантах ППД, выражающих кон­ституциональные особенности созревания структурно-функцио­нальных систем головного мозга (по аналогии с конституцио­нальной невропатией). При этом обусловившие дизонтогенез эн-цефалопатические факторы (чаще всего патология беременности и родов) и/или условия развития и воспитания в раннем возра­сте (искусственное вскармливание, отрыв от матери, лишение укачиваний, соски, эмоциональная и сенсорная депривация) не имеют непосредственного отражения в клинике и проявляются лишь опосредованно через индивидуальные особенности нервно-психической реактивности (минимальная мозговая дисфункция, эмоциональная лабильность).

К первично-дизонтогенетическим ППД примыкают вторич­но-дизонтогенетические ППД состояния, возникшие в «нетипич­ном» для непатологических стереотипов возрасте по типу рег­ресса.

С одной стороны, это вторично-энцефалопатические (невро-зоподобные) расстройства, явившиеся проявлением декомпенса­ции резидуально-органической церебральной недостаточности вследствие соматогенной астенизации, повышенной физической или интеллектуальной нагрузки в результате протекающего воз­растного криза, с другой стороны — вторично-невротические, обусловленные различными психогенными факторами (конфлик­ты в семье и коллективе, эмоциональная перегрузка в резуль­тате подражания, на почве реактивно возникших проверочных манипуляций по поводу фимоза, педикулеза и т.п.) и протекающие как «системный невроз» (по В. Н. Мясищеву) в форме ППД.

Характерным для первично- и вторично-дизонтогенетичес-ких форм ППД (так же как и для других преимущественных для детей и подростков системных расстройств, таких, как энурез, заикание и пр.) представляется то, что в отличие от

факультативных системных нарушений в рамках более общих состояний данное поведенческое нарушение является ведущим, облигатным проявлением в клинической картине.

Именно этот поведенческий синдром, имеющий собственные закономерности течения и исхода, определяет состояние паци­ента и динамику его личности, что требует специальных тера­певтических подходов, отличающихся от тех, что используются при лечении психоорганического синдрома, общих неврозов, за­держек психического развития или эндогенных заболеваний.

Если социально-психологическая характеристика рассматри­ваемых моделей поведения может быть представлена динами­ческой осью: нормальное инфантильное поведение — индивиду­альная привычка — патологическое поведение, то клинико-дина-мическая характеристика ППД требует рассмотрения несколь­ких разноуровневых осей. В частности, это такие оси, как симп­том — синдром — болезнь; онтогенетический феномен — дизонто-генетический феномен — психопатологический феномен; этап преходящих поведенческих реакций — этап устойчивого поведен­ческого стереотипа — этап вторичных личностных реакций на существующую привычку и ее последствия.

Последняя ось характеризует динамику затяжного синдро­ма ППД и коррелирует с динамикой психобиологического смысла стереотипного поведения. Так, на этапе преходящих поведен­ческих реакций сосание пальца, ритмические раскачивания и другие инстинктивные манипуляции с собственным телом воз­никают в ответ на специфические безусловно-рефлекторные сти­мулы и служат средством компенсации физического или эмо­ционального дискомфорта (голод, затрудненное засыпание, де­фицит сенсорных стимулов, ограничение двигательной активно­сти) либо обеспечивают исследовательскую, очищающую и дру­гую врожденную активность. По мере повторения поведенческие реакции обрастают условно-рефлекторными связями и при оп­ределенных условиях приобретают гиперкомпенсаторный харак­тер, т. е. становятся универсальным специфическим ответом на любой неспецифический стресс.

Психологический механизм «сдвига мотива на цель» харак­теризует начало второго этапа — этапа устойчивого поведенчес­кого стереотипа, когда осуществление автоматизированного на­выка становится индивидуальной потребностью, актуализация ко­торой может достигать степени влечения. При этом адаптивный смысл стереотипов может в той или иной степени сохраняться. Он проявляется в результирующем эффекте «многозначитель­ных» привычек, обеспечивающих успокоение, разрядку психи-

ческого и/или физического напряжения, эмоционального дис­комфорта в ситуациях утомления, волнения, скуки. Привычки становятся обязательным условием осуществления той или иной деятельности. Условная патологичность этих индивидуальных привычек обусловливается тем, что их фиксация затрудняет фор­мирование онтогенетически более зрелых и эффективных соци-, ализированных форм психической саморегуляции.

В ряде случаев привычки полностью утрачивают первона­чальное адаптивное значение, замыкаются на себя как на пред-, почтительном источнике достижения непосредственного удоволь-. ствия, превращаясь в «пустые», бессодержательные стереотипы. При этом саногенное или психогенное содержание вторич-,ных личностных реакций, связанных с осознанием пациентом : физических и прежде всего социальных последствий своих при-, вычных действий, изменение внутренней картины болезни (ха-■ рактеризующейся на предыдущих этапах нередко анозогнози-ческим или формально критическим отношением к ППД) в зна­чительной степени определяют дальнейшую динамику как са­мого синдрома, так и личности в целом.

В частности, появление на третьем этапе развития синдро­ма критики к совершаемым действиям, осознание их как болез­ненных, попытки сдержать их, отказаться от привычного пове­дения, преодолеть потребность в его осуществлении приближа­ли психопатологическую характеристику ППД к структуре на­вязчивых действий и влечений.

Такая трансформация была наиболее характерной для воз­растной динамики ППД, представленных в качестве синдрома— болезни, и обычно приходилась на пубертатный возраст. В дру­гих случаях трансформация ППД как продуктивно-дизонтогене­тического синдрома регрессивного типа в собственно продук­тивный психопатологический синдром (сверхценный, кататоно-подобный, истерический) или в неодолимое влечение в большей степени отражала клиническую динамику более общего психи­ческого расстройства.

Развитие в структуре внутренней картины болезни депрес­сивных, ипохондрических и тревожно-фобических образований, а также появление патохарактерологических реакций, в частно­сти, в форме отказа от социальной активности и ограничения общения в связи с боязнью обнаружить косметический дефект служили основой для перехода затяжного течения ППД в патоло­гическое формирование личности. Такая динамика более всего была характерна для наиболее злокачественного вида ППД — трихотилломании.

Клинико-катамнестическое и психологическое обследование в зрелом возрасте 26 пациентов (9 мужского и 17 женского пола) с затяжным (не менее 5 лет) течением трихотилломании, воз­никшей в детском и подростковом возрасте (длительность ка-тамнеза в среднем 13 лет), обнаружило отсутствие ППД у поло­вины пациентов. Лучший прогноз имели больные с невротичес­кой формой заболевания по сравнению с неврозоподобной.

У 9 из 13 больных с неблагоприятной динамикой трихотил­ломании имело место патохарактерологическое формирование личности тормозимого типа с преобладанием черт эмоциональ­ной лабильности и нажитых аутистических радикалов. У осталь­ных 4 больных трихотилломания сохранялась в качестве отно­сительно изолированного моносиндрома либо в сочетании с неспецифическими невротическими, неврозоподобными и/или поведенческими расстройствами.

По своему социальному статусу больные с благоприятным и неблагоприятным исходом трихотилломании не имели суще­ственных различий, однако последние отличались худшей соци­ально-психологической адаптацией, что подтверждалось их субъективной оценкой и данными психологического обследования (тест Розенцвейга).

Из 79 пациентов, прослеженных динамически до школьного (в случае возникновения привычных действий в раннем возрас­те) или до подросткового возраста, редукция яктации, сосания пальца, мастурбации, онихофагии и трихотилломании отмечена у 43, что составляет 54,4%. Таким образом, возрастная редукция рассматриваемых стереотипов, ставших индивидуальной (услов­но или явно патологической) привычкой, представляет собой лишь общую тенденцию их динамики.

Клинические корреляции возрастной динамики проявляют­ся в том, что лучший исход имели ППД в рамках психогенных заболеваний, а худший — в рамках резидуально-органических со­стояний. Исчезновение ППД к школьному или подростковому возрасту отмечалось в этих клинических подгруппах соответ­ственно у 10 из 13 детей (76,9%) и у 4 из 12 (33,3%).

Промежуточное положение занимают клинические подгруп­пы дизонтогенетических состояний. У детей с задержками пси­хического развития и олигофренией редукция ППД отмечена в 5 случаях из 9 (55,5%), в группе «ППД (б.д.у.)» — в 19 из 35 (54,28%). В подгруппе эндогенных депрессий и шизофрении ана­логичный показатель составил 44,4% (редукция ППД отмечена у 4 из 9 пациентов).

674

При катамнестическом обследовании 25 пациентов, наблю­давшихся в раннем возрасте по поводу затяжной реактивной деп­рессии, у которых в клинической картине в качестве факульта­тивных симптомов присутствовали те или иные стереотипные действия, в 7—9-летнем возрасте ППД обнаружены лишь у 3 детей (12%). Катамнез других больных показал, что при прочих равных условиях клиническая и возрастная динамика ППД в зна­чительной степени зависит от того, на каком этапе развития син­дрома начинает оказываться специализированная помощь.

Комплексное медикаментозное, психотерапевтическое и пси-хокоррекционное лечение больных с ППД, проведенное на пер­вом году существования синдрома, оказалось достоверно эффек­тивнее, чем начатое в более поздние сроки.

Динамическое изучение ППД показало, что сложное диалек­тическое взаимодействие психогенных, энцефалопатических и дизонтогенетических факторов продолжается на всем протяже­нии заболевания, определяя как течение самого синдрома, так и личностную динамику пациентов, у которых ППД приобрета­ют характер ведущего синдрома.

В то же время отмечаемая в анамнезе, в клинических и па­раклинических данных у подавляющего большинства больных частота сочетания указанных факторов, способных играть как причинную, так и провоцирующую, а также патопластическую роль, не позволяет использовать их в качестве достоверных кри­териев благоприятного или неблагоприятного прогноза ППД.

Более надежным при факторном анализе оказались собствен­но клинические критерии, основанные на качественных и коли­чественных характеристиках ведущего синдрома и всей клини­ческой картины в целом (психопатологическая структура, тип течения, осложнения и т.п.).

Изучение клинико-психологических корреляций при ППД, проведенное на модели трихотилломании, обнаружило наряду с наличием общих характеристик больных с данной формой син­дрома — болезни существование особенностей, присущих детям и подросткам с его невротическим, первично-неврозоподобным (дизонтогенетическим) и вторично-неврозоподобным (энцефало-патическим) вариантами.

В **частности,** пациенты с невротическим вариантом трихотил­ломании отличаются интравертированностью и эмоциональной лабильностью или их сочетанием (тест Айзенка), а также преоб­ладанием реакций препятственно-доминантного тина и низкой

частотой упорствующих реакций по сравнению с представите­лями неврозоподобных вариантов синдрома (рисуночно-фру-страционный тест Розенцвейга).

Обследование с помощью патохарактерологического диагно­стического опросника (Личко А. Е.,- Иванов Н. Я., 1983} и методи­ки словесного характерологического портрета (Эйдемиллер Э. Г., 1977) обнаружило, что для больных невротической формой син­дрома типично преобладание эмоционально-лабильных (40%), сен­ситивных (12%) и неустойчивых (12%) радикалов, тогда как при неврозоподобных формах трихотилломании наряду с первыми двумя (соответственно 20 и 16%) отмечалась большая представ-ленность эпилептоидных и истероидных черт характера (по 12%).

Общим для всех больных является наличие тревоги и эмо­циональной напряженности, являющихся следствием первичных психогенных конфликтов и вторичных личностных реакций на существующее расстройство (тест Кеттела), а также дисгармо­ничность межличностных отношений (тест Рене Жиля), струк­тура которых имеет определенные особенности у детей с пер-вично-дизонтогенетической, вторично-энцефалопатической и вто­рично-невротической формами трихотилломании. Последнее под­тверждается данными методики незаконченных предложений, что свидетельствует о необходимости включения психотерапии и психокоррекции в комплексное лечение всех больных с синд­ромом ППД и дифферендировки их направленности в за­висимости от его клинико-патогенетического варианта.

Исследование клинико-энцефалографических корреляций при ППД обнаружило характерное для большинства больных сочета­ние резидуальных признаков органического поражения головно­го мозга с задержкой созревания биоэлектрической активности коры и подкорковых образований, а также нарушение их субор­динации за счет повышенной ирритации диэнцефально-стволовых структур и снижения корковой ритмики лобных отделов.

При этом если в начале заболевания тяжесть ППД соответ­ствует выраженности патологических изменений на ЭЭГ и пред-ставленности в неврологическом и психическом статусе призна­ков органической церебральной недостаточности, то при дли­тельном существовании синдрома он приобретает характер ус­тойчивого патологического состояния и может сохраняться в ка­честве относительно автономного функционального расстройства, несмотря на возрастную редукцию клинико-патофизиологичес-ких проявлений энцефалопатии.

67fi

Клинико-этологический анализ ППД обнаружил видоспеци-фический характер рассматриваемых стереотипных форм пове­дения и идентичность их у человека и приматов, а также неко­торых других представителей высших позвоночных, что дает ос­нование к рассмотрению их на эволюционно-биологическом уров­не в рамках фило-, онто-, социогенетической оси (Ладыгина-КотсН. Н., 1935; Корнетов А. Н., Самохвалов В. П. и соавт., 1990; Выготский Л. С, ЛурияА.Р., 1993; LorenzK., 1965; Hinde R.,1975; Godefroid Jo., 1992, и др.).

Наличие биологических корней рассматриваемых поведен­ческих стереотипов обусловливает широкую распространенность их непатологических прообразов, характерность для детского воз­раста и общую тенденцию к редуцированию по мере взросле­ния, наличие первичного адаптивного смысла- в их осуществле­нии и спаянность с протопатическими эмоциями удовольствия, которые возникают при их реализации (эмоционально неприят­ное поведение не может стать видоспецифическим).

Инстинктивная природа врожденных комплексов двигатель­ных реакций объясняет их универсальный характер, легкость компенсаторного возникновения и последующей условно-рефлек­торной фиксации в качестве индивидуально-специфического ав­томатизированного навыка (для осуществления которого не тре­буется активного контроля сознанием), положительный эмоцио­нальный компонент, сопровождающий их осуществление, тен­денцию к репродукции по механизму фрустрационной регрес­сии, «смещенной» или «переадресованной на себя» активности и приобретению характера привычки, потребность в осуществ­лении которой под влиянием внешних и внутренних факторов способна достигать гиперкомпенсаторного, условно-патологичес­кого и патологического уровня.

Гиперактивность видоспецифического поведения может быть связана с нарушением механизма фильтрации пусковых сти­мулов (релизеров) при церебральной и соматической патоло­гии, что обусловливает снижение избирательности восприятия релизеров, запускающих комплексы фиксированных движений, либо с неэффективностью обратной связи, обусловленной органическим или функциональным (психогенным, эндогенным, дизонтогенетическим) нарушением субординации коры и под­корки. Последнее делает инстинктивное поведение неконтро­лируемым даже в случае его возникновения в ответ на адек­ватный пусковой стимул, поскольку прекращение его определя­ется не достижением полезной цели, а самоистощаемостью.

(477

Повышение сознательного **контроля** за совершаемыми авто­матизированными действиями (стойкость которых обусловлива­ется сочетанием инстинктивных, филогенетических механизмов с механизмами собственно привычки как постнатального **онто­генетического** образования) может быть достигнуто за счет усиле­ния звена обратной связи в структуре функциональной пове­денческой системы при лечении ППД.

Клинико-патогенетическая концепция, сформулированная на основе полученных данных, рассматривает ППД в качестве ус­тойчивой функциональной системы, развившейся на основе врож­денных инстинктивных форм видоспецифического поведения по механизму фиксации их в раннем возрасте или регресса к ним под влиянием психогенных, дизонтогенетических и энцефало-патических факторов и входящей в клиническую картину болез­ненного состояния как отдельный симптом, факультативный или облигатный симптомокомплекс (синдром-болезнь), длительное те­чение которого нарушает процесс формирования личности.

Исходя из этого, патогенетически обоснованное лечение де­тей и подростков с ППД должно носить комплексный характер и включать в себя медикаментозные мероприятия, воздействую­щие как на общие механизмы патологического состояния, обус­ловившего появление и фиксацию регрессивных дизонто­генетических феноменов, так и на специфические механизмы собственно привычных действий с учетом этапа развития пове­денческого синдрома, его психопатологической структуры, а так­же внутренней картины болезни.

**А. И.Захаров**

**ПАТОГЕНЕЗ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ1**

Изучая семью как патогенетически обусловливающий фактор, мы рассмотрели некоторые стороны патогенеза невро­зов у детей в системе взаимосвязанных клинико-психологичес-ких проблем трех поколений, а также своеобразие раннего раз­вития детей, заболевающих неврозами, причины понижения биотонуса их организма, зарождения беспокойства и изменения реактивности. Как уже отмечалось, ведущий психогенный фак­тор невротизации связан с нарушенными семейными отноше­ниями и неблагоприятным воздействием со стороны родителей. Ущемление жизненно важных для детей потребностей развития, в том числе потребности быть самим собой, потребности само­выражения, а также потребностей поддержки, любви и призна­ния приводит к возникновению внутреннего конфликта как глав­ного источника хронического эмоционального напряжения. Психическая травматизация в семье усугубляется острыми психическими травмами, вызванными испугом, конфликтными эксцессами, оскорблениями, незаслуженными наказаниями, бо­лезнью, разводом родителей и т. д. Тогда обостряется и без того повышенная эмоциональная чувствительность, усиливается внут­реннее беспокойство, еще больше снижается психическая реак­тивность. Данной неблагоприятной динамикой, а именно психи­ческой сенсибилизацией в отношении любой идущей извне уг­розы, объясняется непереносимость внешних отрицательных воз­действий, когда, например, испуг, проходящий в других случаях через некоторое время, у этих детей занимает ключевое место в переживаниях. Психической сенсибилизацией объясняются непонятные для окружающих, парадоксально острые аффектив­ные реакции на незначительные по силе раздражители: замеча­ния, сделанные спокойным тоном, получение не той оценки, ко­торая ожидалась, или отсутствие похвалы. В своем ответе ребе­нок выражает значимые для него переживания, которые нужно понять и сделать из этого соответствующие выводы. Однако по­добный психологический код поведения детей обычно недосту­пен родителям. Характерологически, невротически и конфликт­но обусловленное непонимание родителями переживаний детей,

1 *Захаров А. И.* Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л., 1982, стр. 61—67.

особенностей формирования их личности, непринятие их инди­видуальности приводят к отсутствию доверительных отношений между ними, сосредоточению детей на своих проблемах, чув­ству обособленности и непонятости. Психогенно обусловленное повышение внимания к себе в этой ситуации является психоло­гическим механизмом защиты «я», проявляясь эгоцентризмом и упрямством.

Находясь в двойственной, противоречивой ситуации внутрен­него конфликта, вызванного рассогласованием между требова­ниями родителей и своим опытом, дети не могли в силу воз­растной незрелости психики найти «рациональный» выход из конфликта, как не могли уйти от родителей или отказаться от них. Осуществляя несвойственные им роли, т. е. заставляя себя быть другими, не такими, какие они есть, и выполняя функции, превышающие их адаптационные возможности, они находились в состоянии постоянного внутреннего конфликтного перенапря­жения, подрывающего их и без того ослабленную психическую реактивность и дезорганизующего нервную деятельность.

Данные, полученные с помощью цветового теста Люшера, указывают на переживания детей, обусловленные ограничени­ем свободы действий, непониманием и пренебрежением со сто­роны окружающих, неудовлетворенностью эмоциональными отношениями, чувством угрозы и отчаяния, неуверенностью и нерешительностью, ощущением неполноценности и истощени­ем жизненной энергии. Внутренний конфликт объясняет эмо­циональную и нервную усталость, пассивность и безучастность детей с неврозами, когда они настолько загружены пережива­ниями, что не могут «смотреть на себя глазами других» и сочувствовать им, не выдерживают ожидания, напряжения, сильных эмоций, не переносят неудач и ошибок, не могут пе­режить ту или иную стрессовую ситуацию и разрешить ее адекватным, а не аффективно-тревожным и защитно-невроти­ческим образом.

В изученных семьях на пути реализации невротически и ха­рактерологически измененных требований родителей были оп­ределенные препятствия. Во-первых, ребенок имел уже свой, пусть и небольшой, жизненный опыт самостоятельности. Во-вто­рых, родители были непоследовательны в своих требованиях и часто использовали противоположно направленную тактику вос­питания. В-третьих, они неравномерно относились к ребенку в разные периоды его жизни. Главным же было то, что ребенок не мог полностью принять требований родителей, так как вос-

680

принимал их как несправедливые и мешающие общению со сверстниками. В то же время он боялся осуждения, наказания или лишения и без того недостаточной родительской любви. В итоге эта ситуация переживалась как невозможность соот­ветствовать ожиданиям и требованиям родителей и оставаться в то же время самим собой. Неразрешимый характер этого вну­треннего противоречия представляет источник постоянной борь­бы мотивов, аффективной напряженности и беспокойства, спо­собствуя, с одной стороны, компенсаторной гипертрофии соб­ственного «я» в виде эгоцентризма, заостренного самолюбия, болезненного чувства собственного достоинства, а с другой сто­роны, приводя к развитию навязанной или внушенной родите­лями концепции «не-я», несовместимой с установками и воз­можностями ребенка. Психогенно обусловленная дезинтеграция «я», отсутствие психического единства порождают чувство вну­тренней неопределенности и неуверенности в себе, что ведет к нарастанию тревоги с ведущим переживанием страха изме­нения и потери «я», т. е. своего лица, облика, индивидуальности, жизнеутверждающей силы и чувства своей ценности. Страх изменения (metus mutandi—*лат.)* как страх не быть собой оз­начает также страх исчезнуть как личность, раствориться, «ка­нуть в Лету», т. е. в конечном итоге не состояться, не значить, не быть.

Страх изменения заостряет инстинкт самосохранения до степени эгоцентризма, приводит к общей настороженности, не­доверчивости, боязливости, сверхценным страхам одиночества, темноты, засыпания и самого сна, а также всего того, что спо­собно еще больше трансформировать «я» и заменить его. В по­следнем случае это страх чужого взгляда, проникновения в себя, фантастических превращений, внушения и гипноза, хирурги­ческих вмешательств, инъекций, приема транквилизаторов, ку­рения и алкоголя (у подростков). Сюда же можно отнести и страх сумасшествия, страх быть не самим собой в результате укусов животных (особенно больных бешенством собак) или за­ражения микробами.

Страх изменения лежит в основе обсессивного невроза. Как известно, обсессия означает одержимость навязчивыми, чуж­дыми, привнесенными извне мыслями и страхами, которые не подчиняются волевому контролю «я». Это находит отражение в страхе чудовищ, напоминающих чем-то человека, но в отли­чие от него имстш.ггх рога или клыки. Подобные персонажи олицетворяют то, что может произойти, т. е. угрозу потери «я».



*Рис.1.*

Страх быть не собой, не че­ловеком — это символ «пато-са» — болезненных, не управ­ляемых сознанием и изменя­ющих психику сил (рис. 1).

Во всех случаях страх из­менения Я проявляется стра­хом нового, неизвестного. По­этому самым тревожным днем недели у детей с неврозами является воскресенье, а вре­менем года — конец августа, время перед началом школь­ных занятий. Существенно, что дети при наличии страха из­менения и, в частности, стра­ха быть другим не могут свободно и непринужденно принимать и играть роли, т. е. представлять себя на месте других, прони­каться их мыслями и переживаниями, так как это означает для них угрозу быть другим, потерять остатки своего Я, исчезнуть в массе, раствориться. Препятствуя развитию эмпатии, принятию новых ролей и усвоению нового опыта, страх изменения приво­дит к негибкости поведения, его защитному характеру, суже­нию круга общения, появлению «псевдо-Я» как совокупности па­тологических, не контролируемых сознанием мотиваций. В са­мом общем виде внутренний конфликт как личностная пробле­ма развития — это невозможность выразить себя и найти при­знание и взаимопонимание среди окружающих, вначале в се­мье, а затем среди сверстников. В социально-психологическом контексте — это неразрешимая проблема «быть собой среди дру­гих». Внутренний конфликт, каким бы он ни был элементарным, как аффективная реакция на неудовлетворение основных потреб­ностей у детей первых лет жизни, или сложным в своей пере­работке у детей последующих лет жизни, всегда означает пере­живание отрицательных эмоций, т. е. состояние дистресса. Рас­смотрим развитие внутреннего конфликта в процессе формиро­вания личности.

Переживание беспокойства — первичное, наиболее раннее, выражение дистресса в ответ на действие неожиданных стиму­лов типа утраты и замены окружения, соматического и инфек­ционного заболевания, чувства боли и т. д.

Если в исходном плане беспокойство — это инстинктивный ответ организма на физический и эмоциональный дискомфорт,

то по мере развития чувства Я (личной определенности) оно со­провождается переживанием по поводу собственной безопас­ности. В абстрактном смысле это предстает у более старших де­тей проблемой «быть», т. е. жить, существовать вообще. Проблема «быть» подразумевает страх «не быть», т. е. не жить, не суще­ствовать. В максимальном выражении последнее означает страх «быть ничем» — «мертвым». Страх смерти, особенно у детей, за­болевающих неврозом страха, как мы уже не раз отмечали, имеет под собой реальные основания.

При дальнейшем формировании «Я-концепции» (собственной значимости) переживания возникают в связи с препятствиями на пути выражения Я. В абстрактном смысле это тождественно проблеме «быть собой», актуализации своих возможностей и по­требностей. Проблема «быть собой» оборачивается страхом «не быть собой» в виде рассмотренного страха изменения Я. Наи­более часто этот страх, как уже отмечалось, встречается у де­тей с неврозом навязчивых состояний, составляя ведущую фа­булу их внутреннего конфликта.

На стадии формирования личностной определенности пере­живания возникают в связи с препятствиями на пути реализа­ции признания — самоактуализации в значимой системе чело­веческих отношений. На данном этапе развития внутреннего кон­фликта проблема «быть» как проблема самоутверждения пре­ломляется проблемой «быть собой среди других» с акцентом на «быть собой», т. е. быть признанным со своей точки зрения. Эта проблема заостряется страхом «быть непризнанным», выра­жаемым, с одной стороны, страхом «быть никем», т. е. не пред­ставлять, не значить, а с другой стороны — страхом «быть только собой», т. е. непонятым, изолированным, покинутым и одиноким. В наибольшей степени этот страх присущ детям, заболевающим впоследствии истерическим неврозом.

Формирование ролевой структуры отношений и нравствен­но-этических (моральных) категорий, повышение значимости «Я-образа» (представления о себе с точки зрения других) приводят к появлению переживаний несоответствия принятым нормам поведения в тех или иных социально-психологических группах, будь это семья, группа сверстников или школьный коллектив. Здесь уже можно говорить о развернутой структуре внутрен­него конфликта, когда личная проблема «быть» переживается как личностная проблема «быть собой среди других» с акцен­том на «быть среди других», соответствовать им, быть принятым, одобряемым, ценимым. Эта проблема преломляется страхом «быть не тем», о ком хорошо говорят, понимают, любят и уважают.

В свою очередь, это означает не только страх потерять соци­альное одобрение, но и в более широком смысле — страх не­удачи, поражения, крушения надежд, т. е. страх делать «не то», быть «не тем», «никем» для других, «пустым местом», «ничем», в итоге не представлять, не значить, не соответствовать, не со­стояться, не быть человеком. Так замыкается мотивационный круг невротического внутреннего конфликта. Страх не состояться, не соответствовать, быть «не тем» в той или иной степени встре­чается у детей (и первично у их родителей) со всеми клиничес­кими формами невроза. В наибольшей степени он выражен, при неврастении.

Таким образом, невротический конфликт как личностно не­разрешимая проблема «быть собой среди других» преломляется в динамике проблемой «быть» (базальным уровнем беспокойства при неврозе страха), проблемой «быть собой» (при неврозе на­вязчивых состояний), проблемой «быть собой среди других» с акцентом на «быть собой» (при истерическом неврозе) или «быть среди других» (при неврастении).

Проблема «быть» как проблема существования и как про­блема «быть человеком» имеет своей противоположностью про­блему «не быть» как проблему единства Я, проявляемую стра­хом «не быть вообще» — «быть ничем» (при неврозе страха), «не быть собой» — в виде страха изменения Я (при неврозе навяз­чивых состояний), страхом «быть никем» (при истерическом не­врозе) и быть «не тем» (при неврастении).

Дальнейшее развитие внутреннего конфликта проявляется проблемой согласования двух, в своей основе целостных аспек­тов существования «быть собой» и «быть среди других». Про­блема согласования заостряется одновременно существующим, но противоположно направленным страхом «быть только собой» и «быть только другим», что выражает личностный диссонанс, отсутствие внутреннего единства, неразрешимую борьбу про­тивоположностей, состояние внутренней неустойчивости и бес­покойства. Противоречивость внутренней позиции больных нев­розами отражается лабильностью их самооценки, когда завы­шенный уровень притязаний сопровождается неверием в свои силы и возможности. Невозможность удовлетворения значимых потребностей, как и восприятие себя непринятым, неодобряе-мым и неценимым, т. е. не соответствующим представлениям окружающих, неспособным оправдать их требования и надеж­ды, приводит к появлению у детей тревоги по поводу самого факта их существования, ощущению своей никчемности и не­нужности, т. е. к рудиментарным идеям самоуничижения.

Травмирующее осознание отличий от сверстников и аффек­тивно переживаемое отклонение представлений о самом себе ведут к усилению тревожной переработки опыта и неуверенно­сти в себе в виде частых сомнений и опасений, тревожного предчувствия неудачи, излишней осторожности и нерешитель­ности в общении, т. е. к развитию тормозимых черт характера. Неприятие невротически измененного ребенка сверстниками ранит его самолюбие и заставляет избегать естественного кру­га общения. В то же время он не может найти удовлетворяюще­го его общения дома. Так у него появляется чувство одиноче­ства, порождающее, в свою очередь, индивидуализм как реак­цию на непонимание со стороны окружающих. Индивидуализм как противоположность коллективизму создает препятствия в последующей социальной адаптации, когда такие дети, по сло­вам одной из матерей, должны «переболеть», прежде чем вой­дут в коллектив. Таким образом, неврозы в широком смысле сло­ва предстают перед нами как одна из моделей возникновения проблем понимания и общения людей.

В итоге общий патогенез неврозов можно представить сле­дующим образом:

1) снижение биотонуса и изменение реактивности в резуль­тате действия ослабляющих защитные силы организма анте-, пери- и постнатальных факторов;

2) своеобразие преморбидного развития в виде главным об­разом сензитивности и латентности, удлиняющих процесс социа­лизации и усиливающих восприимчивость к действию стрессо­вых факторов. Наличие трудносовместимых сочетаний некото­рых черт темперамента и характера, нарушающих баланс вза­имодействия внутренних сил развития;

3) заострение конституционально-генетических особенностей под воздействием стрессовых факторов;

4) формирование неудачного личностного опыта, преломляе­мого беспокойством, напряжением и аффективно-защитным ти­пом реагирования;

5) возникновение внутреннего неразрешимого конфликта под влиянием неудачного и драматически переживаемого опыта меж­личностных отношений и обусловленная этим дезинтеграция про­цесса формирования личности;

6) перенапряжение психофизиологических, адаптационных возможностей организма и критическое нарастание эмоциональ­ной напряженности под влиянием стрессовых условий разви­тия, подавленного внешнего выражения переживаний и нераз­решимой личностной и семейной ситуации;

7) «срыв» высших нейрорегуляторных функций с появлением развернутой клинической картины невроза. В качестве «пу­скового», или «разрешающего», фактора выступает острая пси­хическая травма. Под воздействием дистресса, подрывающего защитные силы организма, декомпенсируются «места наимень­шего сопротивления» на органически-дефицитарном и конститу­ционально-генетическом уровне, в еще большей степени снижа­ются биотонус, жизненная активность и вера в себя, исчезает са­мобытность и прекращается процесс творческого саморазвития.

Представленная с позиций системного анализа общая схе­ма патогенеза невроза как психогенного заболевания формирую­щейся личности может быть весьма различной при тех или иных его клинических формах. Клинико-психологический анализ усло­вий формирования личности является основой патогенетичес­кой психотерапии, направленной на восстановление психичес­кого единства личности и укрепление адаптационных, нейро­регуляторных возможностей организма.

**О. В. Протопопова МОТОРИКА И ПСИХООРТОПЕДИЯ1**

Задачи психоортопедии, вставшие перед вспомогатель­ной школой и другими лечебно-педагогическими учреждениями и потребовавшие пересмотра методов педагогической работы по отдельным предметам школьного обучения, заставляют особенно внимательно подойти к вопросам моторного воспитания трудно­го ребенка. Оздоравливающее и организующее действие правиль­но поставленных двигательных занятий достаточно хорошо про­верено в ритмической и физкультурной практике. Но последние наблюдения и исследования, проводившиеся в Эксперименталь­ном дефектологическом институте (ЭДИ), позволяют расширить значение моторики за пределы биологической полезности и об­щеорганизующих моментов. Они раскрывают моторику как одну из форм социального общения и дают возможность расшифровать с этой точки зрения все моторное поведение ребенка, вплоть до его бессознательных и как бы бесцельных движений.

Поводом к исследованию моторики в этом плане послужил тот факт, что на музыкально-двигательных занятиях с трудными детьми в Клинико-диагностическом отделении института (КДО ЭДИ) выявились некоторые постоянные связи между формами движе­ний ребенка и его характерологическими особенностями. Отсю­да возникла исследовательская тема «Моторика и характер».

Профессор Лев Семенович Выготский определил направле­ние исследования, назвав движения человеческого тела «иерог­лифами психической письменности» и указав, что движения мож­но научиться читать так же, как научились читать иероглифы.

Подход к моторике как к письменности, к отдельным дви­жениям как к знакам на незнакомом языке требовал в первую очередь описания и изучения этих знаков. Чтобы приступить к этому, необходимо было найти общую меру этих знаков, выве­денную из них же самих. Такая удобная единица измерения име­лась уже в готовом виде в системе движения И.О. Познякова.

В своем искусствоведческом исследовании движения Поз­няков исходил из сферичности движений человеческого тела. Все движения человеческого тела строятся на вращении его рычагов. Прямолинейные движения в человеческом теле являются лишь производными от дугообразных. Так, например, если прямо­линейно движется кисть, то происходит это за счет вращения

Печатается по рукописи 1935 г.

плеча и предплечья; если прямолинейно перемещается по пло­щадке-все тело, то это лишь следствие вращения рычагов ног. Рычаги тела, вращаясь, заполняют какие-то отрезки больших или меньших сфер. Для измерения движений необходимо иметь в этих сферах узловые опорные пункты. Эти опорные пункты — градусы. Но расстояние в один градус — слишком малая вели­чина для практического употребления в работе по моторике. В своих экспериментальных занятиях Позняков искал более круп­ную и удобную единицу: он брал четверть окружности — 90°, восьмую часть окружности — 45°, шестнадцатую часть ©круж-ности — 22,5° и проверял эти расстояния в восприятии на глаз и в ощущении. Оказалось, что расстояние в '/16 окружности есть предельная величина, свободно определимая в ощущении и в восприятии на глаз. Более мелкие деления уже вызывают зат­руднения в точном'определении и требуют специальной про­верки. Поэтому шестнадцатую часть окружности Позняков взял за единицу измерения движения, назвав ее пластическим тоном по аналогии с тоном в музыке, в связи с которой он проводил свои исследования. Расстояниями в тонах по широте и долготе, т. е. по вертикали и по горизонтали, можно удобно определить положение любого рычага в пространстве, вычисляя эти рас­стояния от двух координатных плоскостей: сагиттальной, деля­щей человека на правую и левую стороны, и горизонтальной, разделяющей его на верхнюю и нижнюю части.

В исследовательской работе, проведенной ЭДИ, наличие та­кой легко воспринимаемой единицы движения, как пластичес­кий тон, дало возможность записывать моторику ребенка в ее динамике на музыкально-двигательных занятиях и в жизни, от­мечая в ней самое главное, т.е. то, что больше всего бросалось в глаза, те формы шага, бега, стояния, сидения, действий рука­ми, которые у ребенка наиболее часто повторялись. И очень ско­ро выявилось, что у каждого ребенка есть излюбленные направ­ления, стержневые плоскости, по которым или возле которых он распределяет свои движения.

Центральная вертикальная плоскость, от которой отсчитыва-ются расстояния по горизонтали,— плоскость сагиттальная, рассе­кающая человека на правую и левую стороны и имеющая на­правления вперед и назад. На расстоянии 4 тонов, т. е. 90°, ее пересекает перпендикулярно плоскость фронтальная, разграни­чивающая лицевую и тыльную части человека и имеющая на­правления вправо и влево. Между этими двумя плоскостями на расстоянии 2 тонов (45°) от каждой проходят плоскости диаго­нальные. И, наконец, возможные для конечностей направления

внутрь от сагиттали дают на расстоянии 2 тонов от нее пересе­кающиеся перед туловищем и закрывающие его плоскости зак­рыто-диагональные.

Эти 4 вида вертикальных плоскостей легли в основу разде­ления детей на группы по пространственным признакам их мото­рики, и параллельное исследование моторики нормальных де­тей и взрослых привело к таким же группировкам.

Последующее изучение этих групп показало, что каждой из них присущ ряд характерных моторных особенностей, которые обычно сопутствуют доминирующим направлениям движений и включаются с ними в единую структуру. Структуры эти настоль­ко определенны, что можно рассматривать их как моторные типы. Называя каждый тип соответственно стержневой плоскости, определяющей направления его движений, получили 4 мотор­ных типа: сагиттальный, фронтальный, диагональный (открытый) и закрыто-диагональный.

**1.** ***Сагиттальный моторный тип*** с движениями конечностей параллельно суженного (сагиттального) характера. Ему свойст­венно напряженно выпрямленное, вертикально стоящее или слег­ка наклоненное от таза вперед туловище: ровная, почти без пояс­ничного прогиба спина, таз и верх образуют одну прямую. Груд­ная клетка уплощена, плечи приподняты и сжаты. Ноги собра­ны сверху донизу в сагиттальной плоскости, стопы параллель­ны. Руки избегают широких развернутых движений, действуют больше по вертикали. Движения сухи, четки, шаг толчкообра­зен. В статике вес распределяется равномерно на обеих ногах, поворот производится сразу всем телом, которое напран ч:лтся целиком в одну сторону. Все пути кратки и прямолинейны, дь. жения устремляются непосредственно вперед или назад, без от­клонений в стороны. Сидение напряженно-выпрямленное или свернутое по вертикали (колени иногда подбираются к подбо­родку). Общая инертность, т. е. склонность длительно сохранять принятое положение или неудержимо двигаться, развивая все большую скорость. Затрудненный переход из движения в покой и обратно.

**2.** ***Тип фронтальный,*** развивающий расширенные движения конечностей раздвиганием в стороны главным образом бедер ir плеч. Ему свойственна статическая посадка туловища: таз силь­но отодвинут назад, грудь выпячена вперед, в поясничной час­ти глубокий прогиб. Плечи выцрямлены, локти отодвинуты о.т туловища. Ноги раздвинуты во фронтальной плоскости от само­го основания, стопы стремятся к вывороту. Руки растопырены.

**luar** укорочен и тяжел (вразвалку). В статике вес равномерно распределен на раздвинутых ногах, поворот производится за-ч^дленно всем телом мелким переступаниеми с ноги на ногу. \вижения распространяются симметрично в стороны, направ­ления вперед и назад сокращаются, формы сидения глубокие и расширенно прочные. Общая статичность, т. е. стремление к со­хранению удобных устойчивых положений при минимуме пере­движений с места на место.

3. ***Тип закрыто-диагональный*** с движениями суженными, сжатыми, запертыми в закрыто-диагональные плоскости. Пас­сивная посадка туловища: таз сильно подтянут вперед, грудная клетка вогнута, поясничная часть выпирает назад. Плечи сутуло опущены, прижаты к туловищу. Бедра сжаты, колени связаны, ввернуты стопы. Руки избегают раскрытых движений. Шаг пол­зучий, с задержкой веса на отстающей ноге и цепляющимися за пол ногами. В статике вес тела фиксирован на одной ноге; на одной же ноге неуравновешенно и беспокойно производится поворот. Положения тела асимметричны. При сидении полуле­жачие позы или неудобное притыкание на краю стула. Отсут­ствие покоя, общая порывистость или пассивность движений.

**4.** ***Открыто-диагональный моторный тип*** с большим диапа­зоном движений, дающих волнообразно-диагональное отклоне­ние от прямых путей. Ему свойственны динамическая посадка туловища, слегка откинутый торс и уверенно отодвинутый таз при хорошо выраженном поясничном прогибе. Высокая грудная клетка, спокойно опущенные назад плечи. Собранные у основа­ния, освобожденные ноги, слегка выворотные стопы. Свободные, открытые движения рук. Крупный эластичный шаг. В статике фиксация веса на одной ноге; уравновешенный, на одной ноге поворот; развитое противодвижение, несимметрическая уравно­вешенность положений. Несимметричное не слишком глубокое сидение. Общая динамичность и активность.

Этот тип крайне редок среди трудных детей и еще ни разу не найден между умственно отсталыми. Он обычно связан с мо­торной одаренностью и встречается только среди нормальных детей и взрослых. Кроме того, в норме он часто сочетается с другими моторными типами и этим отличает их от типов пато­логических.

В типах смешанных соединяются моторные признаки двух, трех, иногда и всех четырех типов при доминанте одного из них, который подчиняет себе второстепенные черты и окраши­вает их соответствующим образом.

Характерологическое исследование моторных типов в клини-геской обстановке, где о личности каждого ребенка в целом юбираются самые подробные и разносторонние данные, откры-T большие возможности в этом отношении. Уже на основа­нии эмпирического материала можно находить некоторые по­стоянные черты характера, присущие каждому типу, общее и разное в характерах детей и связывать его с общим и разным в их моторике. Но, с другой стороны, нужно не только устано­вить эти связи, но и объяснить их. Для этого требуется разло­жить моторику каждого типа на мелкие элементарные части и исследовать каждую такую единицу, каждую элементарную фор­му движения по возможности в разнообразных ситуациях.

Предварительная работа в этом направлении привела к сле­дующему: наряду с большим количеством движений-знаков, употребляемых детьми в разных случаях жизни и имеющих ка­кой-то внутренний, еще непонятный смысл, существуют движе­ния рабочие, внешне целенаправленные, которыми ребенок воз­действует на среду или приспосабливается к ней. Эти движе­ния понятны, объяснимы законами механики, их цель ясна, и смысл их выявлен. Как понятные, так и непонятные, как дви­жения рабочие, так и движения-знаки строятся в одном и том же пространстве, по одним и тем же законам. Эти общие зако­ны движения могут послужить ключом к пониманию движений-знаков, имеющих чисто психологический смысл. Вставал вопрос о том, чтобы исследовать пространственные формы этих целе­направленных движений в их наиболее простом и чистом виде. Такой самой простой и чистой формой был бы путь движения механической точки в силовом поле, но оторвать одну механи­ческую точку от живого человеческого тела нельзя, так же как нельзя выключить человеческие движения из силового поля сре­ды (понимая это поле как в физическом, так и в психологичес­ком смысле). Надо найти такой способ упрощения, который, при­ведя движения человеческого тела к элементарной форме, не отщеплял бы их от целостного человека. Это можно сделать уве­личением масштаба движения, т. е. приравняв к движущейся точ­ке всего человека, и рассматривать пути его перемещений по площадке в конкретной обстановке.

Исследование перемещений по площадке показало, что каж­дый раз, когда ребенок (или взрослый) непосредственно устрем­ляется к какой-либо статической точке силового поля, избирае­мой им как цель, т.е. конечный-пункт движения, путь его про­движения выражается в прямой линии, и что одновременно с

переменой целевой точки меняется направление пути, т. е. про­исходит излом прямой. Например, если ребенку, находящемуся, скажем, у стены, предложено взять что-то со стола в противо­положном конце комнаты и ребенок принимает эту инструкцию, то, идя к цели, он проделывает по комнате прямую линию. Если же ему даются две инструкции, например: взяв со стола какой-то предмет, переложить его на находящийся на некотором рас­стоянии стул, то ребенок, достигнув по прямой первого целево­го пункта, сломает линию пути и переменит ее направление со­ответственно местонахождению новой цели. В другом случае, когда ребенку дана инструкция идти к столу и в то время, ког­да он находится на середине пути, эта инструкция заменяется указанием идти к стулу, то излом прямой и перемена ее направ­ления происходят посреди комнаты в момент избрания другой целевой точки.

Несколько по-иному изменяется линия продвижения, когда на пути к цели ребенок встречает препятствие — предмет, преграждающий ему прямую дорогу. Тогда он стремится обой­ти его и соответственно этому искривляет путь. Здесь харак­терна именно кривая, а не ломаная линия. Отсюда возникает предположение, что искривление пути, не обусловленное вне­шними данными силового поля, может быть вызвано препятстви­ем психологического порядка, т. е. находящимся внутри самого идущего. Это заставляет изменить масштаб исследования и рас­смотреть движения внутри того целого, которое до сих пор при­нималось за точку. Здесь прежде всего приходится отметить вра­щение, в частности горизонтальное вращение всего еще не «рас­члененного» тела вокруг вертикальной оси. Анализ этого вра­щения приводит к различению лицевой и тыльной стороны. Ис­следование показывает, что, двигаясь к цели, ребенок обраща­ется к ней лицевой стороной. Лицевая обращенность опреде­ляет избирание цели. Когда ребенку указан пункт, к которому он должен направиться, то, раньше чем начать продвижение, он обращает к этому пункту лицевую сторону. Но случается, что предложенная ребенку цель его не привлекает, тогда он или просто не выполняет задания, или отворачивается, обращается в сторону от указанной точки. Исследование площадки в направ­лении поворота приводит во многих случаях к нахождению той точки силового поля, которая оказывается для ребенка более при­влекательной. Но не менее часто такие повороты не связыва­ются с новыми внешними целевыми точками, а вызываются от­рицательным отношением ребенка к цели предложенной, как бы отталкиванием от нее. Анализ показал, что разные величины уг-

лов вращения при поворотах от цели имеют разные смысловые значения и выражают степень аффективно-отрицательного от­ношения ребенка к целевому предмету. Чем младше и прими­тивней ребенок, тем проще и непосредственней эти связи. От­рицательное отношение к цели, т. е. к данному конечному пунк­ту движения, установленное вращением — поворотом лицевой стороны, может быть затем реализовано ребенком отходом в сторону лицевой направленности, уходом из комнаты и пр. Но здесь могут быть усложнения: направление продвижения может не совпадать с лицевой обращенностью, т. е. ребенок может ре­ализовать не то отношение, которое он установил. Можно отхо­дить назад, обратившись лицом к цели, приближаться к цели, повернувшись к ней спиной, или подходить к ней боком. Здесь возникает столкновение направлений, столкновение отношений, конфликт. С другой стороны, сама реализация, сам отход или подход могут быть неполными, частичными, путь может быть пройден наполовину, на одну четверть, наконец, только наме­чен наклоном туловища или вытягиванием конечностей в сторо­ну цели или от нее. Последним выразится лишь намерение дви­нуться в ту или другую сторону. «Расчленение» тела и учет дей­ствий конечностей еще больше усложняют дело. Получается стол­кновение нескольких направлений, и смысл их выявляется в сложности динамических соотношений.

Приложение значений прямых, ломаных и кривых линий, найденных при перемещениях по площадке, к подобным же фор­мам движений конечностей подтверждает эти значения полнос­тью, но каждый раз требуется поправка (умножение) на значе­ние самого движущегося материала, т. е. рычага тела, связан­ное с его двигательной функцией. Это образует новые смыслы, новые качества движений. Существенно новое в этом смысле дает учет действий рук. При перемещении по площадке, произ­водимом посредством ног, ребенок передвигает себя самого, свое тело между данными внешнего силового поля, среды; пути его зависят от расположения целевых статических {или подвижных) точек этого поля, и он только приспосабливается к ним. При посредстве рук ребенок получает возможность сам изменять вне­шние данные площадки, перемещать на ней целевые точки и располагать их по своему усмотрению. И именно исследование целенаправленных движений рук, непосредственно соприкаса­ющихся с материальными точками среды и вносящими измене­ния в их расположение, дает главный ключ к расшифровке дви­жений-знаков, имеющих внутреннее психологическое значение.

Движениями рук, оторванными от непосредственного соприкос­новения с материальными точками среды, ребенок повторяет те же формы действий, которые он производил, внося изменения в расположение этих точек, и как бы стремится на расстоянии воздействовать на них. Но такие движения уже предполагают не механическую, неодушевленную, статическую целевую точку, а сознательную, обладающую способностью понимания и само­стоятельного передвижения, подобную самому действующему. Ис­следование показало, что движения-знаки, не имеющие задачи непосредственного воздействия на материальную среду, произ­водятся ребенком или по отношению к другому человеку, или по отношению к неодушевленному предмету, но для другого че­ловека, или по отношению к самому себе. Движения рук не изо­лированы, не вычленены из общего комплекса движений всего тела. Они расшифровываются и становятся понятными только в этом комплексе, поэтому в действии-знаке участвует одинаково все тело. И подобно тому, как в человеческой речи существуют главные и придаточные предложения, так и в целостном рисун­ке динамических соотношений частей человеческого тела мож­но выделить главные и второстепенные действия. Главное и вто­ростепенное может выражаться любым рычагом, любой частью тела и даже чисто мышечной игрой.

Внимательно анализируя движения ребенка, можно каждый раз найти по ряду признаков ту точку внешней среды или его самого (его тела), по отношению к которой он располагает свои движения. Можно также определить тот кратчайший путь дви­жения, который необходим для достижения этой целевой точки. Весь собранный тактический и экспериментальный материал дает увидеть, что в живой жизни движения ребенка и взрослого все­гда дают какие-то отклонения от этих кратчайших, механически необходимых путей.

Простое математическое вычитание механически необходи­мого движения к цели из движения фактического выделяет в чистом виде ту как будто ненужную, излишнюю часть движе­ния, которую приходится отнести за счет особенностей действу­ющей личности и которая расшифровывается на основании об­щих законов. Эта часть выражает отношение действующего лица к производимому им действию, к цели или к самому себе в свя­зи с целью. Наблюдая за движениями отдельного ребенка или отдельного взрослого во всем многообразии производимых им отклонений от механически необходимых путей, можно все же найти постоянные твердые формы, которые доминируют в этих отклонениях. Эти повторяющиеся формы выражают то наибо-

лее постоянное отношение ко всякой целевой точке, ко всякому действию, т. е. к миру и к самому себе, которое является харак­терным для данной личности. И эти особенности отклонений об­разуют психомоторный тип.

Исследование, проводившееся встречно с двух сторон — с одной стороны, анализ смысловых значений отдельных мотор­ных знаков, входящих в состав каждого типа, с другой — накопление характерологического материала о типе в целом — привело к полному совпадению результатов. Получилась возмож­ность построения 4 характерологических типов. Но прежде чем приступить к их описанию, необходимо остановиться на смыс­ловых значениях 4 стержневых плоскостей, определяющих до­минирующую направленность движений каждого типа.

Свои действия человек распределяет по отношению к само­му себе или по отношению к какой-то точке внешнего силового поля, определяемой нами как цель. Как было показано, в тех слу­чаях, когда имеется полное положительное отношение человека к этой точке, он обращается к ней лицевой стороной и стремится направить к ней свои движения кратчайшими прямыми путями. Направления этих путей совпадают с сагиттальными плоскостями действующего. Сагиттально большинство целенаправленных дви­жений человека (движений более крупного масштаба); сагиттально строится обычное, нормальное перемещение по площадке; сагит­тальным делает человека всякая единоустремленность. Наоборот, фронтальное расширение движений замедляет продвижение впе­ред, оно задерживает и останавливает устремление. Но во фрон­тальных плоскостях разворачивается и раскрывается наиболее полно сама личность, хотя и раскрывается статично. Такая раз­вернутая фронтально личность предполагает скорее сама быть целевой точкой силового поля, чем двигаться к цели. Плоскости диагональные дают равнодействующую между фронталью и са-гитталью, между направлениями развернутой личности и устрем­лением к цели. Причем открытые диагональные движения уста­навливают это равнодействие во взаимоотношениях личности с целевой точкой среды (которой может быть другая личность); за­крытые диагональные движения разрывают эти взаимоотношения и отрезают, отгораживают действующую личность от целевой точки (другой личности).

Дать характерологические образы психомоторных типов — задача чрезвычайно трудная. Психомоторный тип строится не из суммы психомоторных элементов, а возникает как результат их динамических взаимодействий. Нельзя учесть и предугадать всех тех разновидностей, которые возможны в пределах одной и той

же психомоторной группы. Здесь можно только указать пределы и наметить те основные законы, по которым слагаются динами­ческие взаимоотношения элементов каждого типа. Кроме того, исследование психомоторики проводилось главным образом на материале трудных детей, меньше анализировались движения нормальных и еще меньше — взрослых, о которых имеются толь­ко данные наблюдений в жизни. Поэтому и приводимые харак­терологические образы отличаются некоторой односторонностью и заостренностью. Следует также оговорить, что в самом деле связи между пространственной и смысловой стороной движения не так просты, как это дано в приводимых описаниях, но на на­стоящем этапе исследования еще невозможно углубиться во все их сложности. В начальной стадии работы, представляющей лишь первое предварительное обобщение накопленного материала, приходится больше фиксировать внимание на общем во внешней и психологической сторонах моторики. В процессе дальнейшего исследования обе эти стороны должны больше отдифференциро-ваться одна от другой и определиться в своих специфических особенностях, что даст возможность со временем подробнее и глубже изучить их соотношения.

**1. Сагиттальный психомоторный тип**

Основное содержание сагиттальное™, выражаемое в суженной параллельности движений, можно ближе всего опре­делить как обособленность в той или иной форме, большей или меньшей степени. Существуют две главные разновидности это­го типа: сагитталы горизонтальные — с наклоненным от таза впе­ред туловищем и неудержимо устремляющимися по горизонта­ли движениями; сагитталы вертикальные — с прямой негнущейся спиной и суженными движениями конечностей преимущественно по вертикали перед самим собой. Первые неудержимо стремят­ся к какой-то одной только точке внешнего силового поля, к един­ственной цели, которая собирает и поглощает все их внимание, заставляя не замечать ничего окружающего. Вторые совсем ото­рваны от мира и заняты только своими отвлеченными построе­ниями, богатыми или бедными в зависимости от личности ре­бенка, Среди трудных детей последние встречаются особенно часто, но формы движений, производимых ими по вертикали пе­ред собой, отличаются однообразием, стереотипностью, как и скудные построения их фантазии; и в том и в другом нередко бывает фиксация на одной какой-то форме, как и на одной мысли. Здесь большое значение имеют вводимые в действие рычаги. Сер - к,1 Н. в КДО постоянно и беспокойно дирижировал перед

собой кистями и предплечьями и то и дело припрыгивал от стоп; все же более крупные рычаги у него почти бездействовали, и особенно неподвижной оставалась прямая как палка спина. Этот мальчик отличался исключительной внутренней пустотой, без­эмоциональностью и в то же время высокомерием. Высокоме­рие часто сопутствует вертикальной сагиттальности; сагитталь-ность же горизонтальная нередко связывается с приниженнос­тью, с угодливостью, со стремлением услужить каждому. Меж­ду этими двумя крайними полюсами сагиттальности существует большое количество промежуточных форм. Но почти всем са-гитталам, за исключением некоторых случаев вертикальности, присущи неуверенность в себе, чувство малоценности. У труд­ных детей это иногда доходит до крайности, до боязни начать какое бы то ни было действие. Сагиттальный мальчик Шура К. из КДО приступал к выполнению даже самых простых заданий только после длительных уговоров и убеждений, что он это смо­жет, он с этим справится. Это свойство связано с общей инерт­ностью сагиттальности. Сагитталы могут длительно неподвижно стоять на месте, фиксированные только на чем-то отвлеченном своем, пока не дан внешний толчок; если он дан, начинается прямолинейное движение в одну сторону, по инерции все уси­ливающееся и ускоряющееся, пока внешнее препятствие не ос­тановит его. В КДО был очень интересный в этом отношении сагиттал— мальчик Лель М. У него инерция движения была так сильна, что в работе по моторике он никогда не мог выполнить задание: «Сделай один шаг»; сделав один шаг, он неудержимо валился вперед и продолжал продвижение. На задание дать оп­ределенное количество шагов он несся до конца комнаты. И это не потому, что он не понимал задания, а потому, что не мог вовремя остановиться. Эта неудержимая инертность пронизы­вала всё его поведение и приводила к доведению до крайности всех действий, к возбуждению. Но возбуждение и неудержимость проявлялись у него больше всего тогда, когда он находился в детском коллективе, в обстановке, побуждающей к движению. Когда же он оставался один на эксперименте или на индивиду­альных занятиях, особенно на занятиях, требующих сидения на месте и фиксации внимания на ближайшей точке внешнего сило­вого поля: настольной игре, книге, он мог длительно и спокойно заниматься одним и тем же делом. С этой инертностью связа­ны многие крайности сагитталов не только в отношении движе­ния и неподвижности, но и в отношении направленности дей­ствий. Сагитталы могут устремляться в одну сторону только целиком, поэтому поворот производится тоже сразу всем телом.

697

Это связано с их факторологическим свойством внезапно ме­нять решения и интересы иногда на прямо противоположные.

Толчком к такому повороту могут послужить случайно кем-то высказанная мысль, вычитанное положение из книги, вооб­ще что-то, произведшее на сагиттала сильное впечатление. Это впечатление всегда основано на глубоком личном, субъективном ощущении, хотя в других случаях сагитталы могут быть исклю­чительно щепетильны в отношении объективности. В своих дей­ствиях, в работе, в стремлении к поставленной цели сагитталы в силу развиваемого ими по инерции движения могут достичь очень многого, героически преодолевать большие и сложные Зат­руднения, с другой же стороны, в силу той же инерции они могут остановить движение и бросить ответственное дело из-за незначительного препятствия. И в силу этой парадоксальности прямо противоположны и совершенно неожиданны по сочета­ниям могут быть отдельные индивиды этого типа: от крайней фантазии — до полной неспособности к отвлечению; от единой целеустремленности во всех действиях — до бесцельно инерт­ного блуждания от точки к точке; от беззаветного служения вы­сокой идее, от самоотверженной помощи каждому — до скупо эгоистической фиксации только на себе; от полной безэмоцио­нальности— до чрезмерной привязанности, но только к одному лицу. Общее свойство всех сагитталов — малая общительность и очень избирательное отношение к людям. Они мало и неохот­но говорят о себе, мало контактны и плохо ориентированы во внешнем мире. *Даже при кажущейся общительности их жизнь протекает обособленно, как в узком коридоре, между суженно параллельными прямыми их движений.*

**2. Фронтальный психомоторный тип**

Фронтальные свойства моторики свойственны ранне­му детскому возрасту и наиболее ясно выражены у детей, толь­ко что вставших на ноги. Они тесно связаны с неустойчивым равновесием и смягчаются по мере его укрепления. Но прибли­зительно до семилетнего возраста фронтальность доминирует в ребенке. В плане характерологическом фронтальности присущи многие детские черты, которые сохраняются и у фронталов бо­лее старшего возраста.

Основное свойство фронтальности, выражаемое в расширен­ном раздвигании конечностей, в стремлении сохранить твердое, устойчивое положение, соответствует такому же самоутвержде­нию в характерологическом плане. Фронтал всегда хочет быть

лучше всех и больше всех. Как ищет он устойчивости на земле путем расширения площади опоры, так ищет устойчивости в об­ществе, во мнениях окружающих. Как в моторике действует он преимущественно конечностями, стараясь сохранить в покое «не-расчлененное» туловище, и поворачивается на симметрично раз­двинутых ногах только вокруг центральной оси тела, так и в жизни эгоцентрично хочет он, чтобы все двигалось и враща­лось вокруг него. Упорно развивая статику, он не любит пере­двигаться сам, а предпочитает, чтобы другие устремлялись к нему и приспосабливались к его удобствам.

В патологии это приводит к совершенно бесцеремонному об­ращению с окружающими: их отталкивают, отбрасывают, пере­двигают, как неодушевленные предметы. Но даже очень слабые беспомощные фронталы считают себя значительными фигура­ми. Фронтальная девочка КДО Мира К., боявшаяся и неумев-шая просто нормально ходить из-за расстройств в равновесии и суженного поля зрения, считала себя самой умной и краси­вой. Самоутверждаясь вовне и ориентируясь только на внеш­нее, фронталы не умеют критически отнестись к себе: в боль­шинстве случаев они довольны собой. В этом отношении среди трудных детей фронталы наиболее благополучны. Если в них и живет смутное чувство неполноценности, то оно усиленно вы­тесняется. Фронталы всегда правы: в их неправильных действиях виноваты внешние обстоятельства. В ЭДИ у детей фронтально­го типа это свойство специфически проявлялось на музыкаль­но-двигательных занятиях: если они не умели поймать мяч, то утверждали, что он неправильно брошен; если не справлялись с заданием, то оказывалось, что оно плохо или неправильно им объяснено; внешними причинами объясняется всё, и внешняя сторона имеет для фронталов главное значение. Имбецил-постэн-цефалитик Шура Р., обладавший в моторике большой долей фрон­тальности, бессознательно подражал движениям, выражающим деятельность мысли: прикладывал руку ко лбу, обхватывал ру­ками колено, принимал глубокомысленные позы и считал это достаточным для того, чтобы быть умным. Внешний подход фрон­талов не только ко всему окружающему, но и к самим себе про­является в некоторых случаях особенно интересно. Глухонемой фронтальный мальчик Коля С. в работе по движению начинал каждое действие с рук: например, если надо было сделать при­седание, он сначала опускал кисти, затем снижал руки, давил ими на туловище и туловищем давил на ноги, т. е. не приседал, а заставлял себя присесть; точно так же взмахом рук вызывал у

**КОД**

себя подъем на носки или прыжок; движением рук вперед, т. е. как бы приглашением себя идти, начинал передвижение по пло­щадке. Можно сказать, что это происходило из-за неумения маль­чика «расчленить» тело, выделить для действия соответствую­щую группу мышц, но такое неумение и есть следствие невла­дения внутренними механизмами, приводящими в действие от­дельные мышечные группы.

Личность фронтала как бы недостаточно вычленена из ок­ружающего мира, и это нередко приводит его к спутыванию того и другого, собственные взгляды приписываются другим, чу­жие действия принимаются за свои. Если в сагиттальности все построено на контрастах и парадоксах, то у фронталов все вра­щается вокруг одного центра. Их характерологические свойства, как и движения, расходясь по радиусам, не уходят слишком да­леко и возвращаются вновь все к той же точке. Расширение необходимо им для самоутверждения. Из отношений между пе­риферией и центром возникают разновидности фронтального типа. Здесь возможны, с одной стороны, настойчивое трудолю­бие, особенно при сознании серьезности и важности произво­димой работы, ее значения в глазах окружающих, с другой — самая откровенная лень, проистекающая из нежелания нарушить свой покой; отстаивание своих мнений, своей правоты даже про­тив очевидности и уступка явной нелепости с первого же сло­ва; утверждение самостоятельности и независимости вплоть до полного отрицания каких бы то ни было советов и указаний и требование помощи от всех. Но общая для всех фронталов связь с периферией, расширенность и открытость движений делают их всех без исключения общительными и открытыми во взаи­моотношениях с людьми. Правда, эта общительность и откры­тость принимает разные формы: от детской непосредственнос­ти до деспотизма, от добродушной откровенности до грубой без­застенчивости, но общество всегда необходимо фронталам. Они стремятся расширить круг знакомых, вступают в разговоры с незнакомыми, охотно и много говорят о себе, а в некоторых слу­чаях только о себе и говорят. У трудных детей это иногда при­нимает преувеличенные и назойливые формы. Взаимоотношения с коллективом выражаются у фронталов или в суетливой дея­тельности, в установлении связей со всеми его членами, в пе­ребегании от одного к другому, или в пребывании в центре в состоянии величавого покоя. Они любят щегольнуть, показать себя: это приводит их к напыщенной расширенности, или к осе­вым вращательным движениям в конечностях и в туловище, ко­торое дает повороты симметрично то в одну, то в другую сторо-

700

ну. Иногда такие мелкие колебания-повороты, особенно в пле­чах, входят у фронталов в привычку и образуют осевую разно­видность фронтального типа.

**3. Закрыто-диагональный психомоторный тип**

Закрыто-диагональные формы моторики, свойственные главным образом подросткам, встречаются часто и у более млад­ших детей и взрослых, нередко связываясь с нервным истоще­нием, с физической ослабленностью. Среди трудных детей за­крытая диагональность — одна из самых распространенных форм, которая если не в чистом виде, то как составная часть входит в моторику почти каждого нервного ребенка.

В суженных, сжатых движениях закрытых диагоналов ярче всего выделяется их обостренное чувство малоценности, доходя­щее иногда до самоотрицания. Это чувство заставляет их сокра­щать себя до предельной возможности. Если фронтал стремится к тому, чтобы быть лучше всех и больше всех, то закрытый диа-гонал считает себя настолько меньше и хуже всех, что не позво­ляет себе даже небольшого расширения. Это же переживание вызывает у него усиленное закрывание конечностями себя, сво­его тела, что связывается с общей его скрытностью. Нет ничего труднее, чем вызвать закрытого диагонала на откровенность; но даже приоткрывшись, он сейчас же прячется вновь. То же самое постоянно проявляется в его моторике: он настолько боится от­вести руки от туловища, что, здороваясь или беря что-нибудь, действует только предплечьями, не отодвигая от корпуса локтей; это заставляет его подходить, подбегать там, где достаточно про­тянуть руку. Поэтому ноги закрытых диагоналов отличаются осо­бой беспокойной подвижностью: они вытолкнуты коленями впе­ред вместе с подтянутым кпереди тазом и всегда при перемеще­нии предшествуют туловипту. Во всякую минуту закрытый диаго-нал готов убежать, спрятаться, исчезнуть. Он всегда находится в напряженном состоянии, не может спокойно сесть, вздохнуть, то и дело вскакивает, меняет положения, доводит себя до динами­ческого истощения, до полной пассивности. Тогда он слабеет, становится тряпичным и способен только полулежать. Между чрезмерным напряжением и полной расслабленностью протекает жизнь закрытого диагонала, и доминанта пассивности или напря­жения дает две главные разновидности закрыто-диагонального типа. Первой свойственны общая вялость и разболтанность, бесформен­ность движений, второй — острога движений и беспокойная ак­тивность, которая часто выражается в столкновении с окружающи­ми. Фиксированный на своей малоценности закрытый диагонал

7П1

считает себя достойным всяческого презрения и ожидает уколов и обид со всех сторон. Чрезвычайно подозрительный и легко уяз­вимый, он спешит предупредить эту возможность и спасти себя от боли, причиняя ее другим. В этом отношении закрытые диаго-налы обладают исключительным искусством: как в драке, так и в нанесении оскорблений они умеют ударить по самому больному месту, находя его у каждого индивидуально. В зависимости от раз­новидности закрыто-диагонального типа меняется характер само­защиты. У вялого закрыто-диагонального мальчика Коли П, она вы­ражалась в смехе над всем, что ему предлагалось сделать. При этом, смеясь, он скрещивал на груди руки, как бы ограждая себя. То, чего не мог или не смел оттолкнуть руками, он отталкивал сме­хом. Отталкивание пронизывает все моторное поведение закры­тых диагоналов и иногда даже выражается в предпочитании ими при перемещении по площадке ходьбы спиной вперед. Напряжен­ная закрыто-диагональная девочка Катя К. на музыкально-двига­тельных занятиях в КДО менее организованно ходила вперед, чем пятилась назад. Любимым занятием мальчика того же'типа Али­ка Г. был спиралевидный бег по комнате спиной вперед. Этим бегом он часто развлекал себя в жизни. Отталкивание, отрицание нередко приводят закрытых диагоналов к негативизму. Можно сказать, что негативизм закрыто-диагонален по своей сущности, хотя в исследовательской работе по моторике удалось проследить его особенности у каждого типа, Так, в ответ на предложенное задание сагиттал не слышит сказанного или уходит; фронтал упор­но и настойчиво делает что-то свое, то, что он хочет сам; закры­тый же диагонал всегда дает искаженное или обратное действие. Закрыто-диагональный Гарик Р. на занятиях по моторике иногда в течение целого уро'ка не выполнял ни одного упражнения в неискаженном виде. При этом он усиленно кривлялся. Кривля­нье, фиглярство — одна из отрицательных форм самоутвержде­ния закрытой диагональности. Таким путем дети этого типа рас­считывают привлечь к себе внимание.-,Мося П. в КДО, чтобы об­ратить на себя внимание, кривлялся и фиглярничал даже в тех случаях, когда вполне мог достигнуть того же положительными действиями. Интересно при этом отметить, что все свои фокусы он проделывал исключительно ногами, в то время как руки его оставались пассивными.

Но, сталкиваясь с окружающими и отрицая все вокруг, зак­рытый диагонал также отрицает и осуждает самого себя. Само­осуждение в такой же степени свойственно ему, как фронталу самооправдание; насколько последний все объясняет внешними причинами, настолько первый склонен видеть причину всех зол

в самом себе. Это часто приводит его к самоистязанию, к само-наказыванию. Закрыто-диагональная девочка Мика С. после каж­дой дикой выходки по отношению к кому-нибудь ударяла или кусала сама себя. Находясь в конфликте со всем миром, закры­тый диагонал находится в конфликте также и с самим собой, что вызывает сдвиги в его теле и асимметрию в движениях. Но в этом конфликте, в неудовлетворенности собой заложены и по­ложительные стороны закрытой диагональности. Разрушение ненужного — ее главный двигатель. Этот психомоторный тип ис­ключительно богат по своим разновидностям и формам, несрав­ненно богаче двух предыдущих типов. Он динамичен по суще­ству, хотя динамика его развивается без статической опоры. Всю­ду, где речь идет о кризисе, о неравномерном или слишком ин­тенсивном развитии, приходится находить закрытую диаго-нальность. Если на одном ее полюсе — изнеможение, вялость, расхлябанность и полный пассив, то на другом — неутомимая творческая деятельность; если в одних случаях борьба со всеми окружающими, то в других — борьба за них. Эта форма мотори­ки нередко возникает как следствие сжимания, концентрации энергии, как ее сдерживание или же перерасход. Усиленная де­ятельность мысли также связана с этими формами. Закрытая диагональность так же необходима в жизни, как и все прочие формы моторики. Поэтому ни в коем случае нельзя сказать, что закрытая диагональность антисоциальна. Подобно другим пси­хомоторным типам, она может быть столько же антисоциаль­ной, сколько и глубоко социальной.

4. Открыто-диагональный психомоторный тип

Открыто-диагональный моторный тип занимает особое место между другими типами и отличается бесконечным богатством и многообразием динамических соотношений. К сожалению, он еще мало исследован, так как встречается крайне редко среди трудных детей. Но все же те немногие данные, которые имеются о нем из наблюдений над нормальными детьми и взрослыми, создают дос­таточное представление о его психомоторной структуре.

Статистически распределение конечностей по открыто-диа­гональным плоскостям неудобно для длительной выдержки: в руках оно утомительно, в ногах, при равномерном распределе­нии на них веса тела, неустойчиво. Оно возможно только как переходная форма или же, чтобы окрепнуть статически, требу­ет нарушения симметрии в теле и ответного уравновешиваю­щего движения в его частях. Поэтому диагональности присущи

703

фиксация веса на одной ноге и хорошо развитое противодви-жение. Наличие двух этих моментов дает, с одной стороны, не слишком закрепленные статические положения, из которых всегда легко выйти, с другой—достаточную устойчивость и хорошее равновесие. Эта форма настраивает все тело на постоянную ди­намическую готовность и выражает такую же готовность к дей­ствию в психике открытого диагонала. Открытость же его дви­жений, их обращенность вовне, к миру связаны с намерением согласовать эту деятельность с требованиями объективных дан­ных среды. Весь фактический материал, собранный об откры­той диагональности, позволяет определить ее главные характе­рологические свойства как общительность и инициативность. Эти два качества, сливаясь одно с другим, вызывают в теле откры­того диагонала ту многофронтность и многогранность, которая соответствует такой же многогранности его характера и инте­ресов. Дети этого типа отличаются быстрой ориентировкой как в пространстве, так и в жизненных условиях, находчивостью, ловкостью. Как в моторике увлекают их сложные двигательные задачи, игра на равновесие, выход из трудных и неожиданных положений, так и в жизни их захватывают такие же моменты. Отсюда нередко возникает страсть к приключениям, которая иногда вырождается в авантюризм, а инициативность при не­благоприятном влиянии среды находит свое выражение в мо­шенничестве, воровстве и других антисоциальных поступках, требующих ловкости и быстроты действий. Но даже в таких слу­чаях эти дети относятся к своему делу как к искусству, совер­шенствуют и развивают его. Поэтому среди трудновоспитуемых детей открытых диагоналов можно встретить именно как соци­ально запущенных, но не умственно отсталых.

Стремление к усовершенствованию каждого действия свой­ственно всякому открытому диагоналу. Все, за что он берется, он старается рассмотреть, исследовать со всех сторон, причем иссле­довать главным образом в действии. Если сагитталы преимуществен­но теоретики, а фронталы практики, то открытые диагоналы столько же теоретики, сколько и практики. Динамика — главная их сущ­ность, но не динамика без статической опоры, как в закрытой ди­агональности, а на основе развитой статики. Открытый диагонал обычно не начинает действовать, не избрав определенной цели, но эту цель он считает не завершением пути, а лишь ближайшим опор­ным пунктом, от которого он движется дальше, поэтому его дей­ствия в большинстве случаев отличаются последовательностью, а '■ппгобность к планированию (конечно, в соответствующей возра-iv форме) иногда проявляется очень рано у детей этого типа.

Открытые диагоналы глубоко коллективны по своей сущно­сти, даже в антисоциальных поступках они никогда не действу­ют в одиночку; в норме же они исключительно общительны, очень контактны, имеют большой и разнообразный круг знакомых, чув­ствуют себя просто и свободно в малознакомом обществе, быст­ро находят товарищей и устанавливают с ними прочные отно­шения. Подобно тому как закрытый диагонал умеет найти у каж­дого его больное место, так открытый диагонал умеет найти в каждом ту точку его индивидуальных интересов, которая оказы­вается наиболее близкой ему самому. Поэтому общительность открытого диагонала отличается от общительности фронтала бо­гатством и разнообразием личных взаимоотношений.

Открытым диагоналам свойствен большой диапазон движе­ний: их моторика свободно разворачивается в пространстве от сагиттальных до фронтальных плоскостей, откуда и получается преобладание диагональных направлений. Но не все диагоналы одинаково владеют полнотой этого диапазона. У них также есть свои излюбленные, довольно стойкие, сектора движений, по ко­торым различаются разновидности этого типа. Существуют диа­гоналы средние, которые группируют свои движения главным образом около средней диагональной линии. Здесь все направ­лено на нахождение равнодействующей во взаимоотношениях со средой, и такое суживание динамических задач делает этот тип самым ограниченным во всей диапЗнальности. Он никогда не встречается среди детей и может культивироваться только взрослыми, да и то в специальных условиях, его выражением является «светскость», которая, собственно, вырабатывает лишь диагональные позы, правила взаимоотношений и потому оказы­вается по существу статичной, т. е. противоречащей диагональ-ности, или ложнодиагональной. Другая разновидность диагональ­ного типа — суженного характера. Здесь развивается преиму­щественно стремительность движений. Этот диагональный под­тип приближается по моторным формам и некоторым характе­рологическим данным к сагиттальности, но отличается от нее наличием сдвигов в туловище, развитым противодвижением, бо­лее раскрытыми движениями конечностей и умением вовремя остановить себя. Третья разновидность — расширенно диагональ­ная. По развернутости движений она приближается к фронталь­ному типу, но отличается от него бурной динамичностью, вызы­вающей в теле сильные осевые сдвиги, винтообразные враща­тельные движения в его частях. Момент самоутверждения, вбирания, захвата приобретает в ней доминирующее значение. И если во фронтальности расширение нередко имеет чисто

^-1405

биологическое происхождение, отчего и формы ее самоутверж­дения принимают более непосредственный характер, то здесь оно становится самодовлеющим. Единственный открыто-диаго­нальный ребенок КДО, двенадцатилетний мальчик ШураЗ., при­надлежал как раз к расширенному подтипу с некоторой неболь­шой долей чистой фронтальности. Он пришел в отделение с во­ровством, которое его очень увлекало и от которого он никак не мог отучиться, несмотря на свое желание. Мальчик этот отли­чался большой ловкостью движений, на занятиях по моторике предпочитал самые трудные занятия и выполнял их лучше лег­ких. Он был легковозбудим, но возбуждался как раз в тех\* слу­чаях, когда получал недостаточную нагрузку; в детском коллек­тиве был вожаком и пользовался в нем большим авторитетом.

Если говорить о диагональности в целом, то ее главным от­личительным признаком является живое, подвижное, свободно «расчленяемое» туловище, в котором каждая часть чутко отзы­вается на движение другой части и закономерно ее уравнове­шивает или дополняет. Этим она отличается от сагиттальности и фронтальности, в которых основная масса тела в большин­стве случаев остается «нерасчлененной» и неприспособленной к закономерно уравновешивающим противодвижениям. Это осо­бенно ярко бросается в глаза в тех случаях, когда сагиттала или фронтала выводят из круга привычных жизненных движений. Здесь нередко проявляется их полная беспомощность, «неуклю­жесть» и неприспособленность.

Закрытая диагональность более освобождена в этом отно­шении, но в ней «расчленяемое» на части туловище не пред­ставляет еще организованного целого, и динамические соотно­шения в теле остаются неуравновешенными и хаотическими. Моторика открытой диагональности является как бы преодоле­нием моторики трех других типов и химическим соединением элементов их двигательных форм. По существу, открытая диа­гональность есть нормальная моторика взрослого человека: она предполагает свободное обращение с теми формами, которыми связаны движения других психомоторных типов. Отсюда и ши­рота диапазона открытой диагональности. Поэтому в смешан­ных типах сочетание фронтальности с сагиттальностью или с закрытой диагональностью етце не дает диагональности откры­той. Последняя имеет свои особые качества, подобно тому как их имеют все остальные типы. Точно так же может она соче­таться с фронтальностью или сагиттальностью, не упраздняя и не поглощая их свойств. Но в то же время каждое соединение, каждое смешение моторных форм разных типов никогда не яв-

ляется простой их суммой. Оно представляет собой какое-то но­вое целое. И только с учетом этого целого возможен анализ как психомоторного типа, так и отдельного движения. Смысловые значения моторных форм вступают в такие же динамические соотношения, как и сами эти формы. Конечно, такой анализ — очень сложная задача, требующая тренированных глаз специа­листа, так как приходиться учитывать не только взаимоотноше­ния рычагов тела, но и мышечную игру и ритм. Гораздо доступ­нее и легче для восприятия движения более крупного масшта­ба, которые можно наблюдать у ребенка в его взаимоотношени­ях с окружающими. И больше всего в поведении среди товари­щей, в коллективе раскрывается и выявляется каждая психомо­торная индивидуальность.

Во вспомогательной школе ЭДИ находился несколько лет мальчик ярко выраженного фронтального типа Савва М. Он хо­дил всегда вразвалку на широко расставленных ногах, растопы­ривая и раскидывая в стороны руки. Это раскидывание рук имело постоянную задачу отбрасывать и крушить всех, кто попадается на пути. Савва отличался большой, жестокостью, но не столько с намеренным умыслом, сколько потому, что особенно не заду­мывался над тем, причиняет ли он боль. Он делал то, что ему нравилось, что ему хотелось. Поэтому для него всегда и всюду было много места. Более слабые дети разбегались в стороны тотчас же, как появлялся Савва.

Другой, прямо противоположный пример из той же вспомо­гательной школы — закрыто-диагональная девочка Оля Е. Она от­личалась исключительной связанностью и сжатостью. Локти ее никогда не отодвигались от туловища, предплечья постоянно при­жимались к животу. Во время музыкально-двигательных заня­тий она обычно забивалась в угол и стояла там, отвернувшись от всех, опустив голову. Интересно отношение к этой девочке всего класса: ее не только все презирали, но каждый считал своим долгом ткнуть ее, зацепить, ударить. Отношение среды к Оле отражалось в моторике девочки, вызывая с ее стороны от­ношение боязни и недоверия к среде. С другой же стороны, сами формы моторики: сокращение, отодвигание — как бы по­буждали умственно отсталых к преследованию Оли. Как для Сав­вы всюду оказывалось много места, так Оля получала его все­гда в минимальном количестве. Перед Саввой среда расступа­лась, на Олю она наступала.

Мальчик Валя Д. из КДО с преобладающей сагиттальностью в моторике отличался тем, что постоянно производил сам перед собой вертикальные движения, напоминающие командные

жесты; он принимал перед зеркалом устрашающие позы (причем не расширенного, а вытянутого характера), произносил в воздух угрозы и, находясь в коллективе, совершенно не замечал других детей. Его жизнь протекала вне коллектива, в его собственном мире скудной фантазии, и все моторное поведение выявляло задачу убедить себя самого в собственной силе. Подобное игнорирова­ние окружающих встречается часто у детей-сагитталов.

Как уже говорилось, не все психомоторные типы однород­ны по своим характерологическим особенностям. Они отлича­ются друг от друга так же, как различается в деталях или в существенном их моторика. Особенно интересные в этом отно­шении результаты дает сопоставление тех же типов у трудных и нормальных детей. Только что начавшееся исследование мо­торики семи- и восьмилеток массовой школы позволило полу­чить ценный психомоторный материал во время школьных пе­ремен. Вот отрывок из моторной характеристики нормальной де­вочки фронтального типа Лены В.

«У детей приготовительного класса перемена. Все бегают, скачут, кричат, возятся друг с другом большими и маленькими группами. В самой гуще одной из таких групп — Лена. Девочка раскраснелась и страшно возбуждена. Она бегает, покачиваясь и широко разбрасывая ноги в стороны, корпус наклоняется впе­ред от таза, руки усиленно размахивают, цепляясь за попадаю­щиеся на пути предметы и детей, точно она ставит себе зада­чей как можно больше растолкать детей или, наоборот, собрать их всех в кучу. С детьми она обращается как с неодушевленны­ми предметами, мало заботясь о том, куда их толкает или как тащит к себе. Добежав наконец до стула, она шлепается глубо­ко на него и, обхватывая крепко руками свои жертвы, старает­ся посадить сразу несколько человек к себе на колени, или за­бирается в угол к стене и подтаскивает к себе целую группу детей, стараясь собрать их как можно больше. Лена принимает участие во всех самых бурных детских играх, находясь всегда в центре. Гораздо реже ее можно видеть спокойно идущей или сидящей в одиночестве. Все это сначала производит впечатле­ние большой динамичности девочки, но, приглядевшись к ее мо­торике, можно убедиться, что вся ее динамика статического ха­рактера, это динамика ради захвата. Занять как можно больше пространства, расшириться своим телом и захватить все, что на­ходится в этом пространстве».

Моторика Лены, с одной стороны, имеет много общих черт с моторикой Саввы, с другой же стороны, совершенно отлична от нее. Как и Савва, Лена стремится расшириться, занять по-

больше места в пространстве, ходит и бегает вразвалку, разбра­сывает в стороны руки. Подобно Савве, она обращается с деть­ми как с неодушевленными предметами, перебрасывая, пере­талкивая их с места на место. Но есть существенное различие во фронтальных образах Саввы и Лены, делающее их качественно не только разнородными, но прямо противоположными друг дру­гу: фронтальность, расширенность Лены служит для нее все вре­мя средством общения, установления каких-то связей с коллек­тивом; фронтальность, расширенность Саввы используется им для непрерывного разрыва отношений, разобщения с детской средой. И хотя динамика Лены еще примитивна, еще по суще­ству «статична», так как в отношениях с себе подобными девоч­ка не столько развивает эту динамику в себе, сколько передви­гает, перемещает около себя детей как предметы, стараясь при­способить их к своим игровым желаниям, это все же начало развития подлинной динамики, завязка тех взаимоотношений с коллективом, которые в дальнейшем приведут девочку к овладе­нию динамикой в настоящем смысле. В этой динамизации ста­тических форм и заключается основное отличие фронтальности Лены от фронтальности Саввы, который, разрывая связи с кол­лективом и оставляя вокруг себя обширное «пустое место», тем самым уничтожает повод к развитию в теле тех сдвигов, проти-водвижений и поворотов, которые вызываются многообразием человеческих взаимоотношений и приводят к овладению дина­микой. Статичность мальчика отстаивается и закрепляется не только его поведением, но и тем положением, которое он созда­ет себе среди других. Более детальное сравнение пространствен­ных форм моторики Саввы и Лены выявляет те же соотноше­ния. Савва никогда не нарушает основных формул фронтально­сти, он всегда симметричен, вес его тела распределен равно­мерно на обеих ногах, шаг укорочен и тяжел. У Лены зачастую встречаются разновесные, несимметричные положения, как бы разбивающие фронтальность и вторгающиеся в нее, придавая ей окраску диагональности.

К подобным же соотношениям приводит сопоставление нор­мальных и трудных детей других психомоторных типов.

Одноклассница Лены, Нина Л., девочка с ясно выраженной сагиттальностыо в моторике, дает ее, однако, в динамизирован­ном виде. Не нарушая общей структуры сагиттальности — па­раллельной суженности и однонаправленности,— отдельные ди­агональные несимметрично уравновешенные формы положений и движений включаются в нее, делая ее качественно отличной от сагиттальности детей КДО. То же можно сказать о поведении

7ПО

девочки в коллективе: «В свободное от занятий время, на пере­менах, можно чаще всего наблюдать, как Нина сидит где-ни­будь в стороне одна или с двумя девочками, стоит у рояля, уда­ряя пальцем по клавишам, или просто слушает, как играет кто-нибудь из ребят. Реже она бегает с детьми, и почти никогда ее нельзя застать в большом обществе, принимающей участие в бур­ных детских играх. Покойное, точно несколько сосредоточенное поведение девочки отличается некоторой обособленностью, ко­торая не выражается слишком резко и не отрезает девочку от коллектива».

Эта особенность, свойственная сагиттальности, не приняла у Нины той асоциальной формы, которая привела Валю Д. к пол­ному игнорированию окружающих детей, к действиям перед са­мим собой, а выразилась у девочки в некоторой отвлеченности и в избирательном отношении к товарищам. Но вместе с тем движения девочки, связанные с какой-нибудь определенной за­дачей, отличаются исключительной организованностью. Все ее действия выявляют прекрасные моторные данные: Нина пишет лучше всех в классе, очень музыкально и четко работает на рит­мике, хорошо владеет бегом, прыжком. Ее приятные, эластич­ные движения по качеству скорее приближаются к диагональ­ным, чем к сагиттальным. Моторика девочки производит впе­чатление диагональности, втиснутой в сагиттальные рамки. Дей­ствительно, во время эксперимента удалось выявить происхож­дение сагиттальности Нины.

В экспериментальном исследовании психомоторики нормаль­ных детей наряду с непосредственно двигательными заданиями с испытуемыми проводилась беседа, ставящая задачей вызвать у них определенные двигательные реакции. Так, например, ре­бенку задавался заведомо неприятный, затормаживающий его вопрос. Содержание этого вопроса подбиралось индивидуально к каждому отдельному случаю. Из материала, предварительно собранного о Нине, выяснилось, что девочка несколько задер­жана в интеллектуальном развитии, что причиной этого, по-ви­димому, являются тяжелые семейные обстоятельства. Несколь­ко лет подряд девочка жила у отца и мачехи, которая с ней плохо обращалась. Год назад ее взяла к себе бабушка, которая относится к девочке с большой любовью, и жизнь Нины совер­шенно изменилась. В настоящее время хотя она и является не­сколько отставшей для своего возраста, но заметно развивается и дает хорошую продуктивность в работе.

На эксперименте Нине был задан вопрос: не хочет ли она вновь вернуться к отцу, и предложено было немедленно устро-

710

ить переезд. Девочка, сидевшая опираясь обеими руками на стул, подтянула плечи кверху, вытянулась вся в одну прямую и, опу­стив голову, застыла так на несколько мгновений. После того как ей было сказано, что это только предложение и что все за­висит исключительно от ее желания, она опустила плечи, слег­ка вся расширилась, подняла голову и улыбнулась.

Абсолютная сагиттальность, несвойственная девочке в жиз­ни и вызванная мыслью о возвращении к мачехе, заострение тех форм моторики, которые обычно наблюдались у нее выраженны­ми несравненно слабее, позволяет догадываться о главной пред­посылке моторного типа Нины. Интересно отметить, что у боль­шинства детей затормаживающий вопрос вызывает закрыто-ди­агональную реакцию: отодвигание, сжатие, сворачивание, а не вытягивание, как у Нины. Эта форма вызывает и предположение, что в конфликтах с мачехой Нина не протестовала и не защища­лась, а только обособлялась внутренне, уходя в свой отвлеченный мир. В настоящее время, когда главная причина сагиттальности Нины устранена, эти формы значительно смягчились и стали заметно выступать природные диагональные данные. В таком толковании становится понятным весь моторный облик девочки.

В известной мере можно объяснить и фронтальность Лены В. Девочка является единственным ребенком хорошо обеспеченных родителей. Она привыкла быть центром семьи. У нее много иг­рушек. Ее любимое занятие — игра в куклы, с которыми она мо­жет возиться целые дни. Но в то же время ни дома, ни во дво­ре у нее нет сверстников. На вопрос, есть ли у нее товарищи вне школы, Лена ответила отрицательно. По-видимому, до шко­лы куклы в какой-то степени заменяли ей детскую среду. От­сутствие этой среды могло послужить причиной некоторой за­держки моторного развития девочки на более ранних детских формах. Лена не имела, возможности развивать те трудные для равновесия положения, которые вызываются неожиданными по­воротами, обращениями в сторону внезапно убегающего или не желающего подойти товарища и влекут за собой перемещение веса на одну ногу, сужение площади опоры. Точно так же она не могла приспособить тело к той постоянной динамической го­товности урегулировать свои движения с движениями других детей, которая вызывается совместной игрой. Но игрушки, кук­лы— это то, что можно передвигать, переносить, складывать к себе на колени, загребать в охапку. Придя в школу, девочка при­несла с собой домашние навыки,, и на переменах она еще не столько играет с товарищами, сколько играет «в товарищей», как в куклы.

По-иному обстоит дело с Саввой М. Подкидыш и воспитан­ник детского дома, он с самого раннего детского возраста нахо­дился в большом коллективе сверстников. Но патологическая аг­рессивность мальчика и избыток физической силы, которой он всегда отличался, заставляли всех окружающих детей отодвигаться от него. Савва оставался один, чувствуя себя победителем, свое­го рода центром. Чем старше, т. е. чем сильнее, он становился, тем больше закреплялось это положение. Во вспомогательной школе ему подчинялись все более слабые дети. Это еще больше побуж­дало его к бесцеремонному обращению с ними. Таким образом, Савва, вместо того чтобы развиваться динамически, все больше укреплялся в статических фронтальных формах.

Но агрессивность не всегда сопутствует фронтальности труд­ных детей, как и не всегда способствует она развитию статики. У закрытых диагоналов, происходя из других источников, она оказывает на ребенка совершенно обратное действие. Нападая на других из чувства малоценности, из желания предупредить по­дозреваемую возможность нападения на себя, закрытый диагонал никогда не уверен в своих силах. Наступая, он готов во всякое мгновение отступить, подбегая, готов к убеганию. Закрыто-диа­гональная девочка из КДО Мика С, сочетая в себе обостренное чувство малоценности с постэнцефалитическим моторным беспо­койством, с отчаянием вступала в драку со всеми детьми и взрос­лыми. Пространственные формы ее движений в этих драках вы­являли столкновение самых противоположных направлений, и, нанося удары направо и налево, девочка не только не расширя­лась, но сжималась предельно. Это сжимание вынуждало ее раз­вивать силу удара не столько за счет движений рук, сколько за счет перебегания, перемещения всего тела, в противоположность Савве, который раздавал удары преимущественно разворачива­нием рук. Интересно отметить, что через некоторое время после того, как Мика была переведена в коллектив более слабых и от­сталых детей, перед которыми почувствовала свое превосходство, в ее моторике заметно начали развиваться фронтальные черты.

Из всех этих примеров видно, что психомоторный тип боль­ше всего раскрывается в поведении ребенка в коллективе и вы­ражает его отношение к социальной среде, к миру и к самому себе в связи с миром. Отсюда, идя далее, можно сказать, что не столько моторным типом обусловлено отношение ребенка к среде, сколько отношением к среде обусловлен моторный тип. Поэто­му задача перевоспитания, перестройки психомоторного типа требует прежде всего такой организации среды вокруг ребен­ка, которая перестраивала бы его отношение к миру и к само-

му себе. Это и делается в лечебно-педагогических учреждени­ях. Но в то же время характер моторики ребенка, являющийся результатом всего его предшествующего развития и принявший твердые отстоявшиеся формы, сам по себе оказывает действие на психику ребенка и тормозит перестройку его отношения к среде. Если в течение ряда лет ребенок был закрыто-диагона-лен и все его тело привыкло к суженным, сжатым положениям, то, если даже начнется перестройка его отношения к миру и ребенок захочет раскрыться, расшириться, ему неизбежно при­дется столкнуться с тем, что нервно-мышечный аппарат его тела, тренированный только в одном направлении, будет сопротив­ляться непривычным действиям. Отсюда вытекает необходимость помощи ребенку в овладении своим телом именно в тех направ­лениях, каких требует перевоспитание его характера. Следова­тельно, нужна одновременная работа и по перевоспитанию пси­хики ребенка, и по перевоспитанию его моторики. Все данные психомоторного исследования говорят за то, что работа эта дол­жна вестись не двумя согласованными путями, не параллель­ными линиями, а как единое целое!

Уже очень небольшой опыт в работе с нормальными и труд­ными детьми показал, что психомоторное воспитание, постро­енное по принципу единства, оказывает на ребенка более силь­ное действие, чем параллельная согласованная работа над пси­хикой и моторикой раздельно. Не психика плюс моторика, а пси­хомоторика как целостное единство.

Возникает вопрос: как же осуществляется этот принцип в практической работе по движению? В организации занятий и в их построении. Из наблюдений и сравнительного анализа пси­хомоторики нормальных и трудных детей можно ясно увидеть, что ребенка нормального от трудного ребенка того же типа от­личает коэффициент диагональности, смягчающий и разнообра­зящий те типические моторные формы, которые у последнего стабилизованы, утрированы и обеднены. Нормальный ребенок не только преодолевает, не только обращается относительно сво­бодно с формами движений, присущих его типу, но, насколько позволяет его возраст, выходит за их пределы, расширяет свой двигательный диапазон и вступает в многообразные взаимодей­ствия с внешним силовым полем. Трудный ребенок как бы на­ходится в плену у отстоявшихся форм своего психомоторного типа и отвечает на все воздействия внешней среды если не стереотипными, то довольно однообразными двигательными ре­акциями. Поэтому, если в работе по моторике с нормальными детьми приходится только направлять ребенка и помогать ему в

развитии и усовершенствовании тех природных данных, кото­рые в нем заложены, то ребенок трудный часто уже в своем организме несет такую предпосылку к моторному развитию лишь в одном направлении, к его извращению или общей задержке, что вывести его из отстоявшихся, нередко вредных форм мож­но только специальными сложными приемами. И здесь индиви­дуальный анализ психомоторной личности и знание характеро­логических свойств каждого типа приобретают первостепенное значение.

Задача педагога по движению в лечебно-педагогическом, уч­реждении— с одной стороны, выявить моторную индивидуаль­ность ребенка, с другой — на основе выявленных данных дос­тигнуть с ним наибольшего возможного продвижения, наиболь­ших педагогических результатов. В зависимости от характера уч­реждения акцент приходится делать на первой или второй час­ти. Во вспомогательных школах, школах для психоневротиков, где дети пребывают длительно, педагогическая работа находит­ся в более благоприятных условиях. Здесь ребенка можно вы­являть постепенно и систематически в течение продолжитель­ного времени добиваться прочных педагогических результатов. В учреждениях диагностического характера, где ребенок нахо­дится 1—2 месяца, соотношения меняются: акцент падает на раз­вернутое выявление ребенка, педагогическую же работу прихо­дится направлять на то немногое, но основное, что является наи­более существенным для каждого отдельного случая. Но такая работа требует быстрой ориентировки в моторной личности ре­бенка и мобилизации всех сил и методов для решения постав­ленных задач в короткий срок. Определение психомоторного типа в этих случаях оказывается удобным обобщающим началом, от­правляясь от которого как от целого можно скорее и легче учесть и связать все детали моторики и характерологические особен­ности данной личности. Иногда типические психомоторные черты выражены в ребенке так ярко, что достаточно беглого взгляда, чтобы безошибочно определить их. Но очень часто это бывает не так просто, и требуются специальные задания во время груп­повых занятий или индивидуальное тестирование, чтобы выя­вить доминанту пространственных форм движений. Для выяв­ления этой доминанты не нужно каких-нибудь особенных или сложных действий. Психомоторный тип выражается больше всего в обычных, жизненных движениях. Простая ходьба уже может много дать в этом отношении. Можно попросить вошедшего в комнату ребенка принести стул и сесть против педагога, пред­ложить ему поближе рассмотреть висящую на стене картинку

или сосчитать количество шагов до какого-нибудь места. Чем меньше ребенок будет подозревать о том, что ему дается двига­тельное задание, тем непосредственней он выявит себя. Наблю­дая за ходьбой, можно увидеть: широко или узко ставит ребе­нок ноги; крупными или мелкими шагами он ходит; ввернуто, параллельно или выворотно направлены его стопы; разгибают­ся ли или все время остаются подогнутыми его колени; опира­ется ли при ходьбе его тело больше на выдвигаемую вперед или на отстающую ногу, каково соотношение между верхней и нижней частью туловища ребенка; что стремится вперед и что отстает; прижимаются ли плотно к туловищу, загибаются внутрь, растопыриваются или размахивают при ходьбе его руки.

Все эти очень простые, не замечаемые нами в жизни мелочи составляют психомоторный тип. Каждая как будто случайная де­таль может оказаться существенной. Важным моментом является определение способа поворота ребенка: производится ли он сра­зу всем телом или туловище «расчленяется», и при повороте верх предшествует тазу; поворачивается ли ребенок, мелко перестав­ляя раздвинутые ноги, или сразу одним движением переносит вес тела с одной ноги на другую, обращаясь в нужную сторону. Для выявления поворотов можно предлагать ребенку приносить что-нибудь, идти и возвращаться, сравнивать между собой предметы, находящиеся в противоположных концах комнаты. Формы движе­ний рук хорошо открываются при игре в мяч. Простое задание — подбросить мяч вверх и поймать его обеими руками после того, как он ударится об пол,— дает ребенку паузу выжидания с под­готовленными к схватыванию мяча руками. Эта пауза очень по­казательна: фронталы здесь в большинстве случаев расширяют, разбрасывают руки, сагитталы вытягивают вперед или вниз, зак­рытые диагонали прижимают к туловищу и сближают локти, от­крытые диагоналы несимметрично разводят руки. Вариантов мо­жет быть много, но суженность или расширенность большей ча­стью связывается с типом. Точно так же перекладывание пред­метов, переноска их с одного места на другое дают возможность увидеть формы движения рук, освобожденность или прижатость их к туловищу, сокращение или увеличение дыхательных путей. Но тестирование и индивидуальные задания не выявляют психо­моторики ребенка во всей полноте. Групповые занятия, игры от­крывают ее богаче и целостнее. В коллективе у ребенка непос­редственнее и ярче выступает эмоциональный момент, который существенно важен для понимания моторики. Как изменяется характер движений ребенка в зависимости от того, действует ли он один перед коллективом или в группе со всеми товарищами.

У выведенного на середину комнаты ребенка нередко усилива­ются сжатие, связанность, или, наоборот, заняв центральное по­ложение, он особенно расширяется. Первое больше свойственно закрытым диагоналам, второе — фронталам. Однако сжатие в та­ких случаях может наблюдаться и у фронталов, у закрытых же диагоналов смущение может выражаться в кривляний, в растре­панных беспорядочных действиях. Все это приходится учитывать при анализе личности в аспекте психомоторики. Закрытые диа-гоналы сплошь и рядом совсем отказываются от ответственных или индивидуальных действий, предпочитают занимать последнее, менее заметное место, прятаться за других детей. По-разному меняется моторное поведение ребенка в зависимости от того, находится ли он в группе более слабых или более сильных детей: здесь моторика может выдать внутреннее состояние ребенка, если даже действия его остаются одинаково организованными в обо­их случаях. Все эти моменты могут быть легко выявлены и учте­ны во время любой игры на физкультурных или ритмических за­нятиях. Наконец, сами предлагаемые ребенку на занятиях и в играх движения или образы, связанные с расширением, сужени­ем, повышением, понижением, помогают выявить его психомотор­ные наклонности: как он их выполняет, принимает охотно или от­талкивает предложенные формы движений — все это тоже не слу­чайно. Интересный психомоторный материал можно получить, на­блюдая за детьми не только на занятиях или во время игр, но и на школьных переменах, в свободной обстановке. Как сидит ре­бенок, слушая музыку? Здесь дело не в том только, внимателен или невнимателен, понимает или не понимает музыку, а в самой форме сидения. Одни дети садятся глубоко и прочно, другие — напряженно-вытянуто, третьи — сжавшись в комок. Одни почти не меняют положений на всем протяжении музыкальных занятий; другие непрестанно вертятся; третьи только перемещают конеч­ности. Наши наблюдения показывают, что все же у каждого ре­бенка есть постоянные привычные формы сидения, и принятие несвойственных ему положений всегда связывается с какими-то привходящими причинами: конфликтом, происшедшим перед или во время урока, радостным возбуждением, болезненным состоя­нием и пр.

В нашей работе мы занимались выявлением своеобразия пси­хомоторики ребенка на музыкально-двигательных занятиях в те­чение всего месячного срока его пребывания в отделении. В каж­дую шестидневку в этом отношении ставились определенные за­дачи. Например, в 1-ю шестидневку каждого месяца выявлялась

у всех детей общая ориентировка в пространстве, просматрива­лись движения большого масштаба, передвижение по площад­ке, организованное или неорганизованное ее заполнение. В му­зыке это связывалось с различием отдельных пьес, целых му­зыкальных вещей. Во 2-ю шестидневку дети выявлялись в пла­не расширенности и суженности, т. е. устанавливался психомо­торный тип; в музыке проверялось различение частей внутри одной пьесы, различение музыкальных фраз. В 3-ю шестиднев­ку внимание фиксировалось на характере детских движений по вертикали: вытянутость, согнутость, стояние, лежание, приседа­ний, подъемы, прыжки; в музыке — различение регистров. 4-я шестидневка посвящалась проверке мышечного тонуса; в музы­ке проверялось умение детей различать характер музыкальных пьес (бурный, активный или успокаивающий). В пятую шести­дневку выявлялись временная координация движений, темп и ритм как в моторике, так и в музыке. Таким образом, при по­стоянной текучести состава детей отделения и разновременнос­ти их прихода на занятия каждый ребенок, когда бы он ни вклю­чался в работу, мог быть выявлен1 полностью. Но такая твердая схема удобна только для выявления психомоторики детей и мо­жет лишь частично влиять на построение занятий; педагогичес­кие задачи требуют большей гибкости, разносторонности и пол­ноты каждого урока, содержание которого определяется соста­вом группы.

Останавливаясь на методах работы по психомоторике с труд­ными детьми, мы не будем касаться тех случаев, где внешние формы моторики предрешены и искажены физическими недо­статками или органическими поражениями, так как в них нару­шаются те закономерные соотношения между движением и его смысловой стороной, которые составляют сущность психомотор­ного типа. Педагогическая работа в плане психомоторики воз­можна только тогда, когда эти соотношения сохранены. Задачи педагога: в плане моторики — помочь ребенку овладеть отстояв­шимися формами своих движений, расширить их диапазон; в плане характерологическом — помочь ему овладеть своим пове­дением и ввести его в коллектив. Каждый психомоторный тип требует здесь своего подхода.

Статичность фронтала объясняется тем, что движения его слишком расширены, рассеяны, направлены в разные стороны; чтобы динамизировать его моторику, надо научить его собирать, направлять и вытягивать их в одну сторону, к определенной, избранной вовне цели. Так же рассеяны, разнонаправлены

интересы трудного ребенка этого типа и его взаимоотношения с людьми. Поэтому педагогически желательно собрать интере­сы трудного фронтала, сделать их более определенными и по­стоянными; в плане взаимоотношений с коллективом — привя­зать его более прочно к одному товарищу, добиться выделения фронталом этого товарища из массы других и тем самым пере­несения на него части своего самоутверждения. Такой путь пе­ревоспитания фронтальности не выведен логически из данных типа, а взят из педагогической практики, из тех естественных взаимоотношений, которые возникали между детьми в работе. Нередко отсталый ребенок этого типа, найдя еще более беспо­мощного ребенка, чем он сам, начинает оказывать ему покрови­тельство, обучать его. Такие естественно возникающие связи между детьми могут быть выгодно использованы педагогом в работе по перевоспитанию психомоторики.

В КДО фронтальная девочка-имбецил Люба П. начала покро­вительствовать сагиттальной, беспомощной, почти не говорящей Люсе К. Покровительство было для Любы способом самоутвер­ждения, Люся же искала поддержки, опоры. В моторике Люба отличалась упорной статичностью, Люся — инертностью и не­весомостью движений; в характере — Люба тупым упрямством, Люся — безразличной покорностью. Люба нуждалась в разви­тии динамики и уступчивости, Люся — в укреплении статики и развитии сопротивления. Педагогически соединение этих двух девочек было очень благоприятно. С помощью Любы Люся по­лучила возможность участвовать в общих детских играх, в груп­повых занятиях. То, чего Люся не понимала, спешила понять и объяснить ей Люба. В работе по коррекции шага Любе предос­тавлено было водить Люсю за руку. Первая, стараясь помочь подруге, усиленно тянула ее и таким образом удлиняла, увели­чивала свои шаги; вторая, боясь слишком интенсивного продви­жения, сопротивлялась. В результате Люба научилась согласо­вывать свои движения с движениями Люси и приспосабливать­ся к ним, ее шаг стал более организованным и четким, тулови­ще менее неподвижным; Люся окрепла статически, научилась увереннее ходить одна, свободнее ориентироваться в простран­стве. Обе девочки поднялись на более высокую ступень и стали активнее принимать участие в общей работе. Такие формы со­трудничества всегда желательны на музыкально-двигательных занятиях, и, если они возникают между детьми, следует поддер­живать и закреплять их. Но не всякие соединения благоприят­ны. Покровительство фронтала, особенно при его достаточной физической силе, легко может переходить в подавление покро-

вительствуемого. Получается вред для обеих сторон. Таких де­тей лучше не только разъединять во время урока, но держать на расстоянии друг от друга. В работе с фронталами, опираясь на их склонность к прямому самоутверждению, приходится все же индивидуализировать подход. У одних, более слабых, укреп­лять это самоутверждение, у более сильных умерять его. Чем больше предпосылок в организме ребенка к фронтальному типу, чем неустойчивее его равновесие, слабее ноги, тем более нуж­дается он в поддержке; чем менее объяснимы фронтальные фор­мы моторики физическими данными организма, тем большее зна­чение и силу приобретает их психологическая сторона, и само­утверждение становится самодовлеющим, избыточным. Такие дети обычно отличаются и более высоким интеллектом. В рабо­те их лучше соединять с детьми не более слабыми, а более силь­ными и способными, чем они сами, и давать им задания по­сложнее, которых они не могли бы выполнить до конца, но не слишком трудные, чтобы всегда по окончании урока у них оста­вался импульс к дальнейшему продвижению, к достижению еще не удавшегося. Собирая и вытягивая движения фронталов, на площадке их лучше организовать прямыми линиями, колонна­ми, шеренгами. Здесь, конечно, говорится о фронтальности де­тей школьного возраста, которую нужно преодолевать, а не о ранней, дошкольной, естественной фронтальности, которая нуж­дается в совершенно других методах работы, приспособленных к возрастным особенностям детской моторики. Точно так же не нужно думать, что трудным фронталам следует давать задания только описанного характера. Они нуждаются в разносторон­нем развитии, но путь к этой разносторонности, к овладению элементами диагональности должен идти через воспитание не­достающих им свойств.

Сагитталы, отличающиеся инертностью, связанной с одно­направленностью и суженной параллельностью их движений, требуют в коррегирующей моторику работе общего расширения движений и особенно развития противодвижения, разнонаправ­ленных и уравновешивающих сдвигов в теле. В плане перевос­питания характера детей этого типа перед педагогом встает за­дача преодоления их особенности, их фиксированности на чем-то одном и выведения, включения их в окружающий мир. Под­ход к сагитталу зависит от разновидности типа. В примере с Люсей К., глубоко отсталой и крайне инертной, положительные результаты дало соединение ее с другой, более крепкой девоч­кой. В этом случае, чтобы направить и двинуть вперед мотор­ное развитие Люси, необходимо было все время водить ее за

руку, подталкивать и направлять. Но такой подход продуктивен лишь в случаях крайней инертности. Когда же она выражена не в такой степени, то желательно, наоборот, побуждать сагит-тала к самостоятельной деятельности, давая ему только предва­рительный небольшой толчок, преодолевать его неуверенность в себе, ставить в такие положения, из которых он был бы вы­нужден находить выход сам. Самый сложный момент — введе­ние сагиттала в коллективную работу. Нередки случаи, когда это­го невозможно сделать сразу, приходится сначала заниматься с таким ребенком индивидуально, устанавливать и закреплять кон­такт с ним. И уже затем, пользуясь этим контактом, вводить его в групповые занятия, разворачивать диапазон его движений и взаимоотношений со средой. Сагиттала полезней соединять не в пару, не с одним ребенком, а с двумя, тремя, четырьмя деть­ми, организовывать их в кругу, давать задания и игры, которые требовали бы распределенного внимания, одновременных, раз­нонаправленных, развернутых или закругленных движений. Но случается, что дети-сагитталы, даже участвуя в общей игре, в коллективной работе, не включены в нее полностью и заняты чем-то отвлеченным, своим. Очень часто трудные дети этого типа уходят во внутренний мир из-за несостоятельности во внешнем. Задача педагога — по возможности сделать для них привлека­тельным этот внешний мир, хотя бы на музыкально-двигатель­ных занятиях, расцветить, разукрасить его сначала, быть мо­жет, фантастически, исходя из потребностей и интересов само­го ребенка, и затем, постепенно организуя и разворачивая его движения в этом приспособленном для него мире, подвести его к более реальным образам и конкретным задачам. Здесь откры­ваются интересные возможности для работы с невротиками, сре­ди которых немало сагитталов. Но особенно часто в моторике невротиков встречается сочетание сагиттальности с закрытой диагональностью.

Закрытая диатональность, в которой связанность и сжатость движений сочетаются в большинстве случаев с беспокойной не­организованной динамичностью без достаточной статической опо­ры, требует больше всего укрепления статики, раскрытия, раз­жимания конечностей, расширения и успокоения движений; в характерологическом плане встает вопрос о преодолении у де­тей этого типа обостренного чувства малоценности и переведе­ния их отрицательных способов самоутверждения в способы по­ложительные. Негативная установка закрытых диагоналов не позволяет подходить к ним прямо и непосредственно воздей­ствовать на них. В занятиях с этими лсп.мк приходится искать

окольные пути и работать не столько с самим ребенком, сколь­ко вокруг него. Если закрытый диагонал отказывается на музы­кально-двигательных занятиях стать впереди или действовать ин­дивидуально, то очень часто невозможно и требовать от него этого. В таких случаях лучше не настаивать, оставлять его в по­кое и предоставлять самому постепенно привыкать и приспо­сабливаться к двигательным заданиям. Если сагиттал боится дей­ствовать из-за неуверенности в себе, то закрытого диагонала больше всего страшит возможность оказаться смешным, поэто­му он часто не принимает новой формы движения сразу и, только испробовав ее где-нибудь в стороне и убедившись, что задание ему удается, решается сделать то же самое на общем уроке.

Поэтому хорошие результаты дает индивидуальная прора­ботка с закрытыми диагоналами материала групповых занятий, подбадривание и поддержка их. В случаях негативизма, кривля­нья, искажения заданий на уроках лучше, если это не слишком дезорганизует группы, поменьше обращать на них внимания, а удачные и положительные действия отмечать как бы между про­чим. В работе по движению с трудными детьми этого типа вви­ду их легкой уязвимости и склонности к возбуждению особенно серьезное значение приобретают дозировка, подбор и темпы уп­ражнений, требующих строгой индивидуализации. Что касается введения закрытого диагонала в коллектив и соединения его с другими детьми, то здесь приходится пользоваться всякими, хотя бы временными, положительными контактами, возникающими у него с товарищами. Перестраивая его отношение к окружаю­щему миру и сталкиваясь с труднопреодолимыми отрицатель­ными установками, можно, создавая соответствующую игровую ситуацию, переводить, переключать их на воображаемого вра­га, грозящую опасность, объединяя ребенка с товарищами зада­чей защиты, охраны. В таких играх закрытым диагоналам жела­тельно давать связанные с развитием статики выдержки рас­ширенных движений, ставить их в центре посреди комнаты, дли­тельно оставлять на виду у всех. Нередко случается, что в иг­ровой обстановке они охотно занимают положения, которых бо­ятся в обычной жизни. В перемещениях по площадке, лучше на­чинать с коротких отрезков передвижения с очень четкими и определенными остановками. В работе с детьми динамически ис­тощенного, вялого подтипа закрытой диагональности укрепле­ние статики является главной педагогической задачей; с детьми же подтипа напряженно-заостренного не менее необходимо на­правлять и организовывать их беспорядочную энергию.

721

Что касается открытой диагональности в трудном детстве, то в том небольшом опыте, который мы имели в этом отноше­нии в нашей работе, наилучшие результаты давало поручение ребенку этого типа ответственных и сложных заданий. Но как нельзя предвидеть всех возможных разновидностей психомотор­ных типов и сочетаний их отдельных признаков в детях сме­шанного типа, так невозможно закрепить обобщающих приемов в подходе к ним. В конце концов в работе по коррекции психо­моторики каждый ребенок требует индивидуального подхода. Перед педагогом встает задача: как объединить и осуществить эти разнообразные, иногда прямо противоположные подходы в немногие часы музыкально-двигательных занятий? Индивидуаль­ные занятия моторикой возможны только в немногих лечебно-педагогических учреждениях. Кроме того, они не всегда жела­тельны, а допустимы лишь как временная мера, переходный этап и подведение ребенка к занятиям групповым, которые гораздо богаче и разнообразнее по своим возможностям. При индивиду­ализации методов работы на групповых занятиях взаимодействия между приемами приобретают не меньшее значение, чем сами приемы, и позволяют строить каждый урок как целое, которое объединяет и осмысливает для ребенка все части занятий. Они дают возможность оправдать для ребенка каждое отдельное за­нятие созданной на уроке ситуацией и вызвать к жизни и за­крепить движение в обстановке, сливающей форму и содержа­ние в целостное единство.

Чтобы пояснить эту мысль, приводим в качестве примера описание музыкально-двигательного занятия в КДО ЭДИ, пост­роенное по принципам психомоторики.

Состав группы: 6 человек.

1. Гарик Р., 9 лет, ребенок закрыто-диагонального психомо­торного типа с долей фронтальности; умственно отсталый, бес­покойный, легковозбудимый; на музыкально-двигательных заня­тиях работает без всякого интереса, все время негативирует, ис­кажая задания, задирая других детей. Только накануне педагогу удалось собрать его на индивидуальном занятии и установить с ним относительный контакт. Для закрепления этого контакта мальчик поставлен вожаком как «помощник» педагога.

2. Зоя Г., 9 лет, фронтальная, глубоко отсталая девочка с эн­докринными расстройствами и большими западениями в мото­рике: очень неустойчивое равновесие, боязнь ускоренного пе­ремещения, замедленность и нерасчлененность движений. Ха­рактер спокойный, внешне самоуверенный. Педагогическая ра-

бота с Зоей направлена главным образом на преодоление ее стра­ха перед ходьбой и бегом, на увеличение ее чрезвычайно мел­кого шага и на укрепление равновесия. На занятиях ей предос­тавляется действовать преимущественно одной, самостоятельно справляясь с трудностями двигательных заданий.

3 и 4. Леша и Юра 3., близнецы-пятилетки, с задержкой в раз­витии речи, интеллектуально нормальные, очень подвижные, му­зыкальные, фронтальные по возрасту, но с большими динамичес­кими данными, с задатками открытой диагональности. Не имея никаких моторных западений, они не нуждаются в особых подхо­дах и на музыкально-двигательных занятиях ведут себя как нор­мальные дошкольники. По своим психомоторным, интеллектуаль­ным данным и как близнецы они естественно соединяются в пару.

5. Ира Г., 9 лет, очень инертная, сагиттальная, с долей зак­рытой диагональности, заторможенная девочка, глубоко отста­лая, глухонемая после перенесенного менингита. В двигатель­ной работе нуждается в непрерывном подталкивании, в непос­редственной помощи и воздействии. Очень боязлива, покорна, ходит мелкими, неуверенными шаиами.

6. Федя К., 14 лет, закрыто-диагональный и сагиттальный мальчик с долей фронтальности, глубоко отсталый, агнозик, со стереотипными, размельченными формами движений, полной дезориентированностью в пространстве и очень плохим зрени­ем. Но, оказавшись на музыкально-двигательных занятиях все-таки сильнее Иры, Федя начал покровительствовать и помогать ей, поэтому он ставится на уроках возле Иры, в колонне позади нее, чтобы подталкивать и направлять девочку, что заставляет его самого внимательнее и сознательнее относится к работе.

В плане выявления моторики детей занятие совпадает с цик­лом выявления движений по вертикали.

Длительность занятия 30 минут. Дети линейкой входят в ком­нату; педагог объявляет им, что сейчас они пойдут в лес. Мар­шировка под музыку вокруг комнаты два раза и остановка вдоль стены. Дети уже умеют организованно маршировать. «Пришли в лес, пойдем по тропинке между деревьями». Ставятся треу­гольником 3 стула; педагог показывает путь продвижения.

Задача: организованное заполнение площадки по заданному рисунку. «Проходя, будем прикасаться к каждому дереву». Эта конкретизация необходима для отсталых детей: весь путь раз­бивается для них на отрезки, завершаемые статической целью. Под музыку все дети вслед за ведущим Гариком проделывают показанный путь, ударяя рукой по стульям. Затем предлагается по той же тропинке пройти каждому ребенку в отдельности.

794

После того как рисунок повторен каждым ребенком, стулья уби­раются. «Деревья срубили, но тропинка осталась та же. Надо не заблудиться. Гарик поведет всех». {Отвлечение пространствен­ных представлений.)

Гарик правильно проделывает путь. Остальные дети так же правильно идут вслед за ним, кроме Иры, которая от места 2-го стула направляется в соседний угол. Федя останавливается: его правая рука и правая нога направлены по линии продвижения вслед за детьми, левая нога отодвинута в сторону, левой рукой он тянет Иру на правильный путь; его моторика выявляет стол­кновение двух задач. Положение очень сложное для Феди и од­новременно большое для него достижение: придя в отделение, он не мог организованно ходить даже по кругу.

«Теперь возьмемся за руки и выйдем на поляну». Педагог выводит детей на середину комнаты, смыкает круг. «Растянем­ся шире, займем побольше места. Бросим руки, разойдемся еще шире. Помашем руками, чтобы не мешать друг другу». 6 не­больших взмахов вытянутыми руками кверху и книзу от гори­зонтали. (Расширение и гимнастика для плечевого пояса.) Руки опускаются.

«Зоя, обойди быстро под музыку круг и скажи нам, большой он получился или маленький». Зоя боится быстро ходить и быс­тро поворачиваться. Задание дано с учетом двух главных ее мо­торных западений. Обход крута, состоящего из 6 человек, зас­тавляет ее все время делать небольшие повороты.

«Теперь Гарик обойдет круг медленно и, как вожак, сосчи­тает, сколько человек у нас сегодня работает». У Гарика беспо­койные, стремительные и неорганизованные движения. Ходьба со счетом умеряет его стремительность: незаметно он развива­ет торможение.

Феде предлагается показать вперед и назвать стоящего пе­ред ним ребенка, затем показать в стороны и назвать детей, стоящих по сторонам. Мальчик пришел в отделение с незнани­ем направлений.

«Мы на поляне, кругом растут сосны, а на соснах шишки. Потянем кверху руки и попробуем достать их. Нет, не дотянуться, слишком высоко. Попробуем еще раз». Медленный на 4/4 подъем рук вверх и опускание их вниз. Всего 6 раз (гимнастика и вы­явление движений по вертикали). Зоя не доводит рук до верти­кали, а широко раскидывает их кверху. Федя поднимает полу­согнутые в локтях руки. Ира стоит улыбаясь. Только когда пе­дагог поднимает и опускает ей руки, она начинает действовать слабыми, полусогнутыми руками.

«Чтобы стать выше, поднимемся на носки». Подъем на нос­ки на 2/4 8 раз. (Укрепление подъема.) Зоя шатается. Ира не может выполнить задания даже с помощью педагога, Федя ста­вит на носок то одну, то другую ногу. «Начинается буря (она дается в музыке), от ветра шишки падают на землю, их можно подбирать и складывать в карманы». Приседания и наклоны с соответствующими движениями рук. Комплексное действие, вво­дящее в работу все тело. Счет V4 4 раза. Зоя приседает очень осторожно. Федя только наклоняется и машет руками. Ира сто­ит с улыбкой, вытянув руки. Когда педагог снижает ее за пле­чи, она садится на корточки и сидит так, улыбаясь; после того как педагог вновь поднимает ее, она пытается подражать дру­гим детям и застывает, наклонившись вперед со свисающими вниз руками. (Все перечисленные движения по вертикали да­ются детям не только как гимнастические упражнения, но и с целью выявления их моторики.)

«Много шишек не может поместиться в карманах. Соберем остальные и сложим с одной стороны». Комплексное действие с переносом веса тела с ноги на ногу и наклонами туловища то в одну, то в другую сторону, в руках движение перекладыва­ния. Развиваются равновесие, противодвижение, синтетическая согласованность движений. Счет 3/4 4 раза. «Шишки сложены. Придем за ними в другой раз. А сейчас уйдем с поляны. Буря нанесла много снега, надо высоко поднимать ноги». Ходьба с высоким подъемом ног. Дети колонной выходят из круга и оста­навливаются вдоль стены.

«Вышли на широкую гладкую дорогу. Леша запряжет лошад­ку и поедет кататься. Лошадкой будет Юра». Подвижным нор­мальным близнецам нужно дать оживленное, согласованное дей­ствие. Форма бега лошадки — собранная, со вскидыванием ко­лен; кучеру дается свободный бег вслед за лошадкой, в левой руке он держит воображаемые вожжи, правой взмахивает пого­няющим движением. Обежав комнату, дети меняются ролями и повторяют игру.

«Зоя пойдет по дороге и повезет санки». Форма действия: крупный шаг с сильным упором на выдвигаемую вперед ногу и отведенными назад руками. Обычная ходьба Зои: мелкий рас­ширенный шаг с задержкой веса на отстающей ноге и расто­пыренными руками. Для развития динамики девочке надо пре­одолеть страх падения и переноса вперед центра тяжести тела, а также увеличить длину шага. Образ везения салазок помогает ей найти соответствующую форму. Зое говорится: «Салазки тя­желые, надо сильно тянуть их». После обхода комнаты Зоей

Гарику предложено объехать лес на автомобиле: «Гарик хоро­ший шофер, он сумеет остановить автомобиль сразу по сигна­лу». В силу легкой возбудимости и моторного беспокойства Га­рик не может спокойно стоять, когда действуют другие, даже в игровой ситуации, поэтому при индивидуальных занятиях он включается в работу третьим, т. е. в середине ряда действий, а не первым, чтобы по возможности сократить для него время. Задание: образ автомобиля — легкий, стремительный бег на со­бранных вместе ногах дает разрядку накопившейся у мальчика энергии; задача слушания сигнала заставляет задерживать стре­мительность движения и подготавливает тело к остановке. Га­рик выполняет задание четко. Действие повторяется второй раз. «Федя пойдет по дороге маленькими шагами, так как дорога скользкая». Федя говорит: «Топ, топ» —и идет мелкими шагами, ставя ногу около ноги. Он пришел в отделение со стереотипной формой шага среднего размера, которым отвечал одинаково на все задания по передвижению. Представление о величинах — большой и маленький — у него довольно смутное. Он нередко путает эти соотношения, даже в предметах, и тем более не понимает их в движениях собственного тела. С ним проводилась индивидуальная работа: ему предлагалось идти маленькими шагами; при переме­щении его задерживали сзади за плечи; для регулировки шага ритмично повторялось: «Топ, топ». Через несколько занятий Федя научился ходить маленькими шагами без задержки за плечи. «Топ, топ» связывалось у него с представлением о маленьком шаге. Сле­дующая задача в работе с ним— убрать это посредствующее зве­но. На групповых занятиях, пока Федя выполняет задание, ему говорится: «Шаги маленькие, потому что скользко. По льду надо идти осторожно, маленькими шагами». «Скользкая дорога кончилась, но она стала неровной. Надо идти большими шагами, переступать через ямы, канавки». Чтобы дать Феде представление о большом шаге, на индивидуальных занятиях перед ним на полу расклады­вались на определенном расстоянии один от другого деревянные бруски, через которые он должен был переступать. Это упражне­ние понравилось мальчику, и он довольно скоро связал, слова «боль­шие шаги» с самим действием. На общих занятиях и при выпол­нении задания идти большими шагами он, однако, не умеет равно­мерно распределять их и согласовывать с музыкой. Последняя де­вочка, Ира, не слышит и не понимает образа. Ей показан широ­кий, фронтальный шаг, необходимый ей для преодоления сжатос­ти и укрепления статики. Девочка выполняет его. Детям говорит­ся, что по лесу идет медведь.

По возвращении Иры на место всем детям предложено стре­лять из ружей, так как в лесу есть медведи. Форма задания: левая рука вытянута горизонтально, правая кисть приготовлена у левого плеча. В музыке ритм 3/4.

С каждым акцентированным ударом правая ладонь выдви­гается вперед и ударяет о левую. (Временная регулировка дви­жений в связи с музыкой.)

Затем снова поднимается буря (в музыке). «Надо каждому найти тихое место под деревом и спрятаться». Дети сами по желанию выбирают места в комнате. Музыка меняется. «Зоя пой­дет к Ире и поведет ее с собой гулять. Дорожка узкая, а идти надо скоро, большими шагами, потому что Ира ждет. Зоя еще издали протягивает Ире руки». Этими словами у девочки вызы­ваются соответствующие движения. Ира и Зоя заторможены и боятся бегать; .им предложено, взявшись за руки, поскорей бе­жать за Лешей. Затем все трое идут за Юрой. Составляется чет­верка: девочки посередине, близнецы по сторонам. Всем вместе надо бежать за Федей. Динамичные близнецы увлекают за со­бой отстающих девочек. С Федей все пятеро идут за Гариком. Гарик оставлен последним. Он все время ожидает, что назовут его имя, и это заставляет его стоять относительно спокойно. Взяв­шись за руки, дети гуляют. В музыке вновь ветер, буря. Каждо­му надо найти свое дерево и спрятаться. (Ориентировка в про­странстве.) Музыка прекращается. «Пока буря затихла, лучше уйти домой». Дети строятся в линейку за Гариком, обходят мар­шем комнату и заканчивают занятие.

Дети, участвовавшие в описанном занятии, очень примитив­ны, и весь уровень группы настолько низок, что нормальные пятилетки заметно возвышаются над ним. Этим низким уров­нем обусловлен дошкольный характер занятий. Глубокие мотор­ные и интеллектуальные задержки большинства детей группы не позволяют организовать настоящей коллективной работы. В этом смысле для каждого ребенка, за исключением близнецов, решается задача только о подведении его к групповым заняти­ям, о втягивании в коллектив. Здесь педагогом используются ес­тественные, возникшие между детьми связи: например, закры­то-диагональный Федя, в начале совершенно не ориентировав­шийся в пространстве, как только стал понимать, что от него требуется, начал направлять и учить совершенно беспомощную Иру, которая охотно принимала его указания. Во всех случаях маршировок, ориентировки на "площадке Федя объединялся с Ирой, что заставляло его самого быть более внимательным к

указаниям педагога. Кроме того, у него поднимается самооцен­ка, уверенность в себе, что необходимо для перевоспитания зак­рытого диагонала. Когда же речь идет о координации шага, что для Феди является большой трудностью, ему дается индивиду­альное задание, в котором все его внимание направлено на дви­жение собственных ног. Сагиттальная, инертная, заторможен­ная Ира нуждается в подталкивании; в коллективных регули­ровках на площадке она чувствует в Феде поддержку, идет, ожи­дая от него направляющего движения; по сравнению с тем вре­менем, когда она ходила в линейке, только ведомая за руку пе­дагогом, это для нее уже прогресс.

Инертность Иры в гимнастике преодолевается непосредствен­ным вмешательством педагога. Но там, где девочка уже научи­лась действовать самостоятельно, эта самостоятельность закреп­ляется. В индивидуальном занятии на расширение (расширение необходимо Ире как сагиттальной и сжатой) она уже сама на­ходит требуемую форму и сама, без толчка, начинает передви­жение. Закрыто-диагональный Гарик по своим отрицательным установкам, агрессивности и легкой возбудимости еще не мо­жет быть соединен с кем-либо из ребят для совместных дей­ствий. Все попытки в этом отношении не давали желательных результатов. На занятии, где поддерживается и укрепляется кон­такт мальчика с педагогом благодаря поручению Гарику как бы важной и ответственной роли, преодолевается его чувство ма-лоценности и несостоятельности во всех действиях, последнее, собственно, и служит главной причиной его кривляний и малой заинтересованности в работе. В плане моторики задача успоко­ения, торможения достигается соответствующими заданиями: об­ход круга со счетом, мелкий бег с остановкой по сигналу, вы­жидание своей очереди. Фронтальная, заторможенная, с бояз­нью ходьбы и бега Зоя не соединяется ни с кем, так как глав­ная педагогическая задача — преодолеть ее страх перемещения, развить в ней чувство динамического равновесия. Девочка по существу общительна, на занятиях она с удовольствием берет за руку каждого ребенка, но для того, чтобы за нее держаться. Поэтому во всех случаях передвижения по площадке Зое пре­доставлено действовать одной. Сужение и вытягивание движе­ний, необходимое для развития интенсивности шага, достигает­ся соответствующими заданиями: везение салазок, ходьба по узкой дорожке, причем ребенок, к которому направляется Зоя, ждет ее, стоя на месте. Урок построен таким образом, чтобы заста­вить Зою как можно больше перемещаться. Близнецы Леша и Юра работают как нормальные дошкольники, в некоторых слу-

чаях их динамичность используется для помощи заторможенным: например, бег в игре, сцепившись за руки, когда оба мальчика влекут за собой Иру и Зою. Хотя общий уровень группы весьма низок и прорабатываемые движения элементарны, но индиви­дуальные педагогические задачи совершенно различны, и толь­ко объединение этих задач во что-то целое дает возможность идивидуализации групповых музыкально-двигательных занятий. Входя в целое с самого начала и оставаясь в игре, неорганизо­ванный, отсталый ребенок может, если это нужно, спокойней ожидать своей очереди к действию, так как он не выпадает из целого. Самые разнородные действия, включенные в единую структуру, легче воспринимаются ребенком, а осмысливание каж­дого движения помогает ему скорее овладевать им и незаметно устанавливать связь между формой движения и его содержани­ем. Вводимые в работу образы подбираются на основе законов психомоторики не для развлечения детей, а для помощи им в овладении движениями. Кроме того, образ вызывает эмоцию, ко­торая тут же оформляется. Создается благоприятная обстановка для развития воображения.

Конечно, такая работа чрезвычайно сложна, так как требует ряда планов и программ, осуществляемых одновременно, но как раз взаимодействие между этими программами и планами ак­тивизирует и обогащает работу.

В занятиях с более развитыми и старшими детьми соответ­ствующие возрасту темы урока могут быть взяты из программ школьного обучения по литературе, географии, обществоведению, из прочитанной ребятами книги, из их повседневной жизни. Осо­бенно охотно принимаются школьниками приключенческие и героические темы. От педагога зависит построить занятия так, чтобы эти темы были подчинены задачам психомоторики. На­сыщая урок образами и вызывая у детей определенные эмоции, от более сознательного ребенка можно требовать овладения про­цессом их оформления: задерживать движение, обращать вни­мание на его построение, на мышечные ощущения, на механиз­мы, приводящие в действие тот или иной рычаг. Такие объяс­нения охотно выслушиваются учениками средней школы и по­могают детям переносить в жизнь опыт, полученный на музы­кально-двигательных занятиях.

Психоортопедическая работа в плане психомоторики только что начата и еще мало разработана, но уже полученные скром­ные результаты дают право надеяться, что с течением времени она может стать одним из серьезных опорных пунктов в пере­воспитании характера трудного ребенка.

729

**А. Фрейд**

**ПРИМЕРЫ ИЗБЕГАНИЯ ОБЪЕКТИВНОГО НЕУДОВОЛЬСТВИЯ И ОБЪЕКТИВНОЙ ОПАСНОСТИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ СТАДИИ ЗАЩИТЫ)1**

**ОТРИЦАНИЕ В ФАНТАЗИИ**

Все способы защиты, открытые анализом, служат един­ственной цели — помочь Эго в его борьбе с инстинктивной жиз­нью. Они мотивированы тремя основными типами тревоги, ко­торой подвержено Эго,— инстинктивной тревогой, объективной тревогой и тревогой сознания. Кроме того, простой борьбы кон­фликтующих импульсов уже достаточно для того, чтобы запус­тить защитные механизмы.

Психоаналитическое исследование проблем защиты развива­лось следующим образом: начавшись с конфликтов между Ид и образованиями Эго (как это показано в истерии, неврозах навяз­чивости и т. д .), оно перешло затем к борьбе между Эго и Супер-Эго (в меланхолии), после чего обратилось к изучению конфлик­тов между Эго и внешним миром (например, в детской фобии жи­вотных, обсуждающейся в «Торможении, симптоме и страхе»). Во всех этих конфликтах Эго индивида стремится отвергнуть часть своего собственного Ид. Таким образом, инстанция, воздвигающая защиту, и вторгающаяся сила, которая отвергается, всегда остают­ся теми же самыми; изменяются лишь мотивы, побуждающие Эго предпринимать защитные меры. В конечном счете все эти меры направлены на то, чтобы обеспечить безопасность Эго и уберечь его от переживания неудовольствия.

Однако Эго защищается не только от неудовольствия, исхо­дящего изнутри. В том же самом раннем периоде, когда Эго зна­комится с опасными внутренними инстинктивными стимулами, оно также переживает неудовольствие, источник которого нахо­дится во внешнем мире. Эго находится в тесном контакте с этим миром, дающим ему объекты любви и те впечатления, которые фиксирует его восприятие и ассимилирует его интеллект. Чем больше значимость внешнего мира как источника удовольствия и интереса, тем выше возможность пережить исходящее от него неудовольствие. Эго маленького ребенка все еще живет в соот­ветствии с принципом удовольствия; оно еще не скоро научит­ся выносить неудовольствие. В это время индивид слишком слаб для того, чтобы активно противостоять внешнему миру, защи-

1 *Фрейд А.* Теория и практика детского психоанализа. Т. I. M., 1999, стр. 162—201, 300—304.

щаться от него при помощи физической силы или изменять его в соответствии со своей собственной волей; как правило, ребе­нок еще слишком слаб физически для того, чтобы убежать, а его понимание еще так ограниченно, что не может увидеть не­избежное в свете разума и подчиниться ему. В этот период не­зрелости и зависимости Эго помимо того, что оно предприни­мает усилия по овладению инстинктивными стимулами, стремится всеми способами защитить себя от объективного неудовольствия и грозящих ему опасностей.

Поскольку теория психоанализа основана на изучении невро­зов, естественно, что аналитические наблюдения были сначала сосредоточены на внутренней борьбе между инстинктами и Эго, следствием которой являются невротические симптомы. Усилия детского Эго избежать неудовольствия, непосредственно сопро­тивляясь внешним впечатлениям, принадлежат к области нор­мальной психологии. Их последствия могут быть важными для формирования Эго и характера, но они не патогенны. Когда эта конкретная функция упоминается в клинических аналитических работах, она никогда не рассматривается как основной предмет исследования, а скорее как побочный продукт наблюдения.

Вернемся к фобии животных Маленького Ганса. Это клини­ческий пример одновременных защитных процессов, направлен­ных соответственно вовнутрь и наружу. Мы говорили, что в ос­нове невроза маленького мальчика лежат импульсы, связанные с Эдиповым комплексом2. Он любит свою мать и из ревности принимает агрессивную установку по отношению к отцу, кото­рая вторично вступает в конфликт с его нежной привязаннос­тью к нему. Эти инстинктивные импульсы возбуждают его страх кастрации, который он переживает как объективную тревогу, и тогда запускаются различные защитные механизмы против ин­стинктов. Его невроз использует методы замещения (отца на вы­зывающее страх животное) и обращения его собственной угро­зы своему отцу, т. е. превращение ее в тревогу, чтобы не испы­тывать самому угрозы со стороны отца. Наконец искажение ис­тинной картины довершается регрессией на оральный уровень (мысль о том, что его покусают). Эти механизмы прекрасно вы­полняют свою цель отвержения инстинктивных импульсов; зап­ретная любовь к своей матери и опасная агрессивность по от­ношению к своему отцу исчезли из сознания. Его страх кастра­ции, связанный с отцом, превратился в симптом страха перед лошадьми, но в соответствии с механизмом фобии Маленький

См. описание в «Торможении, симптоме и страхе».

Ганс избегает приступов страха при помощи невротического тор­можения — он отказывается выходить из дома.

В анализе Маленького Ганса эти защитные механизмы дол­жны были быть обращены. Его инстинктивные импульсы были освобождены от искажений, и его страх был отделен от мысли о лошадях и прослежен до реального объекта — его отца, после чего он был проговорен, ослаблен, и было показано, что он не имеет объективного основания. После этого нежная привя­занность мальчика к своей матери смогла ожить и отразиться в сознательном поведении, поскольку теперь, когда страх кастра­ции исчез, его чувство по отношению к ней больше не было опасным. После того как его страх был рассеян, исчезла необ­ходимость регрессии, к которой этот страх привел его, и он смог вновь достичь фаллического уровня развития либидо. Невроз ребенка был исцелен. .

На этом закончим разговор о превратностях защитных про­цессов, направленных против инстинктов.

Но даже и после того, как аналитическая интерпретация по­зволила инстинктивной жизни Маленького Ганса обрести ее нор­мальный ход, его психические процессы некоторое время все еще оставались нарушенными. Он постоянно сталкивался с двумя объективными фактами, с которыми никак не мог примириться. Его собственное тело (в особенности пенис) было меньшим, чем у его отца, и отец для него выступал как противник, над кото­рым он не надеялся одержать верх. Таким образом, оставалась объективная причина для зависти и ревности. Кроме того, эти аффекты распространялись также на его мать и маленькую се­стру: он завидовал им, потому что, когда мать удовлетворяла фи­зические потребности ребенка, обе они испытывали удоволь­ствие, тогда как он оставался в роли простого наблюдателя. Вряд ли можно ожидать от пятилетнего ребенка уровня осознания и рассудительности, достаточного для того, чтобы избавиться от этих объективных фрустраций, утешив себя обещаниями удов­летворения в некотором отдаленном будущем, или чтобы при­нять это неудовольствие, как он принял факты своей детской инстинктивной жизни после того, как осознанно признал их.

Из детального описания истории Маленького Ганса, приве­денного в «Анализе фобии пятилетнего мальчика» (S. Freud, 1909), мы узнаем, что в действительности финал этих объективных фру­страций был совершенно иным. В конце анализа Ганс связал воедино две мечты: фантазию о том, чтобы иметь много детей, за которыми бы он ухаживал и купал в ванной, и фантазию о

слесаре, который клещами откусывает у Ганса ягодицы и пе­нис, чтобы дать ему большие и лучшие. Аналитику (который был отцом Ганса) нетрудно опознать в этих фантазиях выполнение двух желаний, которые никогда не были реализованы в действи­тельности. У Ганса теперь есть — по крайней мере в воображ^ нии — такой же половой член, как у отца, и дети, с которыми он может делать то же, что его мать делает с его маленькой сестрой.

Еще даже до того, как он породил эти фантазии, Маленький Ганс расстался со своей агорафобией, и теперь, с этим новым психическим достижением, он наконец обрел душевное равнове­сие. Фантазии помогли ему примириться с реальностью, точно так же как невроз помог ему прийти к согласию со своими инстинктивными импульсами. Отметим, что сознательное понима­ние неизбежного не играло здесь никакой роли. Ганс отрицал реальность посредством своей фантазии; он трансформировал ее в соответствии со своими собственными целями и выполнением своих собственных желаний и только тогда смог принять ее.

Изучение защитных процессов в ходе анализа Маленького Ганса показывает, что судьба его невроза была определена на­чиная с того момента, когда он сместил свою агрессивность и тревогу с отца на лошадей. Однако это впечатление обманчиво. Такая замена человеческого объекта животным сама по себе не является невротическим процессом; она часто случается в нор­мальном развитии детей, и ее последствия у разных детей суще­ственно различаются.

Например, семилетний мальчик, которого я анализировала, развлекался следующей фантазией. У него был ручной лев, ко­торый всех пугал и1 никого, кроме него, не любил. Он приходил по его зову и следовал за ним как собачонка, куда бы он ни шел. Мальчик присматривал за львом, кормил его и ухаживал за ним, а вечером устраивал ему постель у себя в комнате. Как это обычно бывает с мечтами, повторяющимися изо дня в день, главная фантазия стала основой многочисленных приятных эпи­зодов. Например, была особая мечта, в которой он приходил на маскарад и говорил всем, что лев, которого он привел с собой, — это всего лишь его переодетый друг, Это было неправдой, по­скольку «переодетый друг» был в действительности его львом. Мальчик наслаждался, представляя, как все перепугались бы, если бы узнали его секрет. В то же время он чувствовал, что реальных оснований для страха у окружающих нет, поскольку, пока он держал льва под своим контролем, тот был безвредным.

**7ЧЧ**

Из анализа маленького мальчика легко можно было увидеть, что лев замещал отца, которого он, подобно Маленькому Гансу, ненавидел и боялся как реального соперника по отношению к своей матери. У обоих детей агрессивность трансформировалась в тревогу и аффект был перенесен с отца на животное. Но пос­ледующие способы обращения с этими аффектами были у них различны. Ганс использовал свой страх перед лошадьми как ос­нову невроза, т. е. заставил себя отказаться от своих инстинк­тивных желаний, интернализовал весь конфликт и в соответствии с механизмом фобии избегал провоцирующих ситуаций. Мой пациент устроил дело более удобным для себя образом. Подоб­но Гансу в фантазии о слесаре, он просто отрицал болезненный факт и в своей фантазии о льве обращал его в приятную про­тивоположность. Он называл животное, на которое смещен страх, своим другом, и сила льва, вместо того чтобы быть источником страха, теперь находилась в распоряжении мальчика. Единствен­ным указанием на то, что в прошлом лев был объектом тревоги, являлась тревога других людей, как это описано в воображае­мых эпизодах3.

А вот другая фантазия на тему животных, принадлежащая десятилетнему пациенту. В определенный период жизни этого мальчика животные играли исключительно важную роль; он про­водил часы в мечтах, в которых фигурировали животные, и даже записывал некоторые из воображаемых эпизодов. В своей фанта­зии он имел огромный цирк и тоже был укротителем льва. Са­мых свирепых животных, которые на воле были смертельными врагами, он обучал жить вместе. Мой маленький пациент укро­щал их, т. е. он сначала обучал их не нападать друг на друга, а затем не нападать на людей. Укрощая животных, он никогда не пользовался хлыстом, а выходил к ним безоружным.

Все эпизоды, в которых фигурируют животные, концентри­руются в следующей истории. Однажды во время представле­ния, в котором они все участвовали, сидевший среди публики разбойник внезапно направил на мальчика пистолет. Все звери немедленно ринулись на его защиту и вырвали разбойника из толпы, не нанеся вреда никому другому. Дальнейший ход фан­тазии относился к тому, как звери — из преданности своему хо-

3 Берта Борнштейн описывает фантазии семилетнего мальчика, в кото­рых сходным образом добрые животные превращались в злых. Каждый вечер ребенок расставлял игрушечных зверей вокруг своей постели как охраняющих божеств, но воображал, что ночью они действуют заодно с чудовищами, которые хотят напасть на него (В. Bornstein, 1936).

зяину — наказали разбойника. Они держали его в плену, погре­бали его и с триумфом воздвигали над ним огромную башню из своих собственных тел. Затем они уводили его в свое логово, где он должен был провести три года. Перед тем как в конце концов отпустить его, много слонов, выстроившись в ряд, били его своими хоботами, а стоявший последним грозил ему подня­тым пальцем (!) и предупреждал его, чтобы он никогда больше так не делал. Разбойник обещал это.

«Он никогда больше так не сделает, пока мои звери со мной». После описания всего того, что звери сделали разбойнику, сле­довало любопытное завершение этой фантазии, содержащее уве­рение в том, что, пока он был их пленником, они кормили его очень хорошо, так что он даже не ослаб.

У моего семилетнего пациента фантазия о льве была явным указанием на отработку амбивалентной установки по отноше­нию к отцу. Фантазия о цирке идет в этом отношении значи­тельно дальше. При помощи того же самого процесса обраще­ния внушающий страх реальный отец превращен в защищаю­щих зверей из фантазии, но опасный отцовский объект вновь возникает в образе разбойника. В истории со львом было неяс­но, от кого в действительности замещающий отца лев защищает ребенка —обладание львом в основном возвышало мальчика в глазах других людей. Но в фантазии о цирке ясно, что сила отца, воплощенная в диких зверях, служила защитой от самого отца. Подчеркивание того, что раньше звери были дикими, оз­начает, что в прошлом они были объектами тревоги. Их сила и ловкость, их хоботы и поднятый палец очевидно связаны с от­цом. Ребенок уделяет этим признакам большое внимание: в сво­ей фантазии он изымает их у отца, которому завидует, и, при­своив их себе, становится лучше его. Таким образом, их роли обращаются. Отец предупрежден, «чтобы он больше так не де­лал», и вынужден просить прощения. Замечательно то, что обе­щание безопасности для мальчика, которое звери в конце кон­цов вырвали у отца, зависит от того, что мальчик по-прежнему будет ими владеть. В «постскриптуме» относительно питания раз­бойника возобладал другой аспект амбивалентного отношения к отцу. Совершенно очевидно, что мечтатель чувствует необхо­димость успокоить себя относительно того, что, несмотря на все агрессивные действия, за жизнь его отца можно не беспо­коиться.

Темы, появляющиеся в мечтах этих двух мальчиков, вовсе не являются их исключительной особенностью: они обычны для

сказок и других детских историй4. В связи с этим мне вспоми­нается история об охотнике и зверях, встречающаяся в фольк­лоре и сказках. Охотник был несправедливо обижен злым коро­лем и изгнан из своего дома в лесу. Когда ему наступило время покинуть дом, он с грустью и тоской в сердце шел последний раз по лесу. Он встречал поочередно льва, тигра, пантеру, мед­ведя и т. д. Каждый раз он целился в зверя из ружья, и каждый раз, к его удивлению, зверь начинал говорить и просил сохра­нить ему жизнь:

«Охотник, пощади, не убивай,

я *двух детенышей тебе отдам!»5.*

Охотник соглашался на выкуп и продолжал свой путь вмес­те с отданными ему детенышами. В конце концов он собрал ог­ромное количество молодых хищников и, поняв, что у него те­перь есть грозное войско, которое будет сражаться за него, на­правился с ними в столицу и пошел к королевскому замку. Пе­репуганный король исправил совершенную по отношению к охот­нику несправедливость и, кроме того, движимый страхом, отдал ему половину королевства и выдал за него замуж свою дочь.

Очевидно, что сказочный охотник воплощает сына, находяще­гося в конфликте со своим отцом. Борьба между ними разрешается своеобразным, окольным путем. Охотник удерживается оттого, чтобы отомстить взрослому хищному животному, которое представляет собой первое замещение отца. В качестве вознаграждения он по­лучает детенышей, в которых воплощена сила этих животных. При помощи этой -вновь обретенной силы он побеждает своего отца и принуждает его дать ему жену. Реальная ситуация обращена еще раз: сильный сын сталкивается со своим отцом, который, испугав­шись этой демонстрации силы, подчиняется, ему и выполняет все его желания. Приемы, используемые в сказке, совершенно те же самые, что и в фантазии моего пациента о цирке.

Помимо историй о животных мы находим в детских сказках другое соответствие фантазиям моего маленького пациента о льве. Во многих книжках для детей, — пожалуй, наиболее ярки­ми примерами являются истории из «Маленького лорда Фаунт-лероя»6 и «Маленького полковника»7 — есть маленький мальчик

*4* Здесь вспоминается тема зверей-помощников, встречающаяся в мифах и обсуждающаяся время от времени в психоаналитической литерату­ре, однако под другими углами зрения. См.; *Rank О.* The myth of the birth of the hero..N. Y., 1914.

5 «Lieber Jager, lass mich leben / lch will dir zwei Junge geben!»

6 Alice Hodgson Burnett.

7 Annie Fellows Johnston.

или девочка, которым, в противоположность всем ожиданиям, удается «приручить» несдержанного взрослого человека, кото­рый могуществен или богат и которого все боятся. Только ребе­нок может тронуть его сердце и завоевать его любовь, хотя всех остальных он ненавидит. Наконец, старик, которого никто не может контролировать и который не может контролировать сам себя, подчиняется влиянию и контролю маленького ребенка и даже начинает делать добро другим людям.

Эти сказки, как и фантазии о животных, доставляют удо­вольствие за счет полного обращения реальной ситуации. Ребе­нок выступает как человек, который не только владеет сильной отцовской фигурой (лев) и контролирует ее, так что он превос­ходит всех вокруг, он также и воспитатель, который постепенно преображает зло в добро. Мои читатели вспомнят, что лев в пер­вой фантазии был обучен не нападать на людей и что звери владельца цирка должны были прежде всего научиться контро­лировать свои агрессивные импульсы, направленные друг на друга и на людей. В этих детских историях страх, связанный с отцом, смещается точно так же, как и в фантазиях с животны­ми. Он выдает себя в страхе других людей, которых ребенок успокаивает, но этот замещающий страх является дополнитель­ным источником удовольствия.

В двух фантазиях Маленького Ганса и в фантазиях о живот­ных других моих пациентов способ, при помощи которого можно избежать объективного неудовольствия и объективной тревоги, очень прост. Эго ребенка отказывается осознавать некоторую неприятную реальность. Прежде всего он поворачивается к ней спиной, отрицает ее и в воображении обращает нежелательные факты. Так «злой» отец становится в фантазии защищающим жи­вотным, в то время как беспомощный ребенок становится обла­дателем могущественных замещений отца. Если трансформация успешна и благодаря фантазии ребенок становится нечувстви­тельным к данной реальности, Эго спасено от тревоги и у него нет необходимости прибегать к защитным мерам против инстин­ктивных импульсов и к формированию невроза.

Этот механизм относится к нормальной фазе в развитии дет­ского Эго, но когда он возникает в последующей жизни, то ука­зывает на развитую стадию психического заболевания. В неко­торых острых спутанных психотических состояниях Эго паци­ента ведет себя по отношению к реальности именно таким об­разом. Под влиянием шока, такого, как внезапная утрата объек­та любви, оно отрицает факты и заменяет невыносимую реаль­ность некоторой приятной иллюзией.

Когда мы сопоставляем детские фантазии с психотически­ми иллюзиями, то начинаем видеть, почему человеческое Эго не может более экстенсивно использовать этот механизм — од­новременно столь простой и столь эффективный — отрицания существования объективных источников тревоги и неудоволь­ствия. Способность Эго отрицать реальность совершенно несов­местима с другой его функцией, высоко им ценимой, — его спо­собностью опознавать объекты и критически проверять их реаль­ность. В раннем детстве эта несовместимость еще не оказывает возмущающего влияния. У Маленького Ганса, владельца льва и хозяина цирка функция проверки реальности была совершенно не нарушена. Конечно же, они не верили действительно в су­ществование своих зверей или в свое превосходство над отца­ми. Интеллектуально они были полностью способны отличить фантазию от факта. Но в сфере аффекта они аннулировали объективно болезненные факты и осуществили гиперкатексис фантазии, в котором эти факты были изменены, так что удо­вольствие, получаемое от воображения, возобладало над объек­тивным неудовольствием.

Трудно сказать, в какой момент Эго утрачивает способность преодолевать значительные количества объективного неудоволь­ствия при помощи фантазии. Мы знаем, что даже во взрослой жизни мечты все еще могут играть свою роль, иногда расши­ряя границы слишком узкой реальности, а иногда полностью об­ращая реальную ситуацию. Но во взрослой жизни мечта — все­гда игра, род побочного продукта лишь с небольшим либидоз-ным катексисом. Она позволяет самое большее овладеть неко­торой частью дискомфорта или достичь иллюзорного облегче­ния от какого-либо незначительного неудовольствия. По-види­мому, исходная значимость мечты как способа защиты от объек­тивной тревоги утрачивается с окончанием раннего периода дет­ства. Во всяком случае мы полагаем, что способность к провер­ке реальности объективно подкрепляется, так что она может за­крепиться даже в сфере аффекта; мы знаем также, что в даль­нейшей жизни потребность Эго в синтезе делает возможным сосуществование противоположностей; возможно также, что при­вязанность зрелого Эго к реальности вообще сильнее, чем у дет­ского Эго, так что по самой природе вещей фантазия перестает столь высоко цениться, как в ранние годы. В любом случае ясно, что во взрослой жизни удовлетворение инстинктивного импуль­са через фантазию уже не безвредно. По мере роста катексиса фантазия и реальность становятся несовместимыми: должно быть

либо одно, либо другое. Мы знаем также, что проникновение импульса Ид в Эго и его удовлетворение там посредством гал­люцинации представляют собой для взрослого психотическое расстройство. Эго, которое пытается уберечься от тревоги, изба­виться от инстинктов и избежать невроза, отрицая реальность, перегружает этот механизм. Если это происходит во время ла­тентного периода, то разовьется какая-либо аномальная черта характера, как в случае с двумя мальчиками, истории которых я приводила. Если это происходит во взрослой жизни, отноше­ния Эго к реальности будут глубоко поколеблены8.

Мы еще не знаем точно, что происходит во взрослом Эго, когда оно выбирает иллюзорное удовлетворение и отказывается от функции проверки реальности. Ид освобождает себя от внеш­него мира и полностью перестает регистрировать внешние сти­мулы. В инстинктивной жизни такая нечувствительность к внутренним стимулам может быть достигнута единственным пу­тем— посредством вытеснения.

**ОТРИЦАНИЕ В СЛОВЕ И ДЕЙСТВИИ**

В течение нескольких лет детское Эго может из­бавляться от нежелательных фактов, отрицая их и сохраняя при этом ненарушенной способность к проверке реальности. Ребе­нок полностью использует эту возможность, не замыкаясь при этом в сфере идей и фантазии, поскольку он не только мыслит, но и действует. Он использует самые разные внешние объекты, драматизируя свое обращение реальной ситуации. Отрицание реальности, без сомнения, также является одним из многих мо­тивов, лежащих в основе детской игры в целом и исполнения роли в частности.

Я вспоминаю маленькую книжечку стихов английского пи­сателя, в которой великолепно описано сосуществование фанта­зии и факта в жизни маленького ребенка. Это книга «Когда мы были маленькими» А. А. Милна. В детской ее трехлетнего героя

Напомню читателю, что отношение механизма отрицания к психичес­кому заболеванию и к формированию характера обсуждалось разными авторами. Хелен Дойч (Н. Deutsch, 1933) показывает значение этого про­цесса в генезисе хронической гипомании. Бертрам Левин (В. D. Lewin, 1932) описывает, как этот же самый механизм используется вновь сфор­мированным наслаждающимся Эго (pleasure ego) пациента с гипома-нией. Анни Ангель (A. Angel, 1934) отмечает связь между отрицанием и оптимизмом.

7ЧО

есть четыре стула. Когда он сидит на первом из них, он — путеше­ственник, плывущий ночью по Амазонке. На втором он — лев, пугающий рычанием свою няню. На третьем он — капитан, ве­дущий свой корабль через море. Но на четвертом, на высоком детском стульчике он пытается притвориться самим собой, т. е. маленьким мальчиком. Нетрудно увидеть замысел автора: эле­менты, из которых создается приятный мир фантазии, готовыми идут ребенку в руки, но его задача и его достижение заключают­ся в том, чтобы признать и усвоить факты реальности.

Интересна готовность взрослых использовать тот же самый механизм в своем взаимодействии с детьми. Большая часть удо­вольствия, которое они доставляют ребенку, основана на таком же отрицании реальности. Сплошь и рядом даже маленькому ребенку говорят о том, «какой он большой мальчик», и вопреки очевидным фактам утверждают, что он так же силен, «как папа», так же умен, «как мама», храбр, «как солдат», или крепок, как его «старший брат». Более естественным является использование взрослыми такого обращения фактов, когда они хотят успокоить ребенка. Взрослые уверяют его, когда он ушибся, что «теперь уже лучше» или что еда, которую он ненавидит, «совсем не пло­хая» или, когда он огорчен чьим-то уходом, говорят ему, что он или она «скоро.придет». Некоторые дети усваивают эти утешаю­щие формулы и используют стереотипные фразы для описания того, что болезненно для них. Например, маленькая девочка двух лет имеет привычку, когда бы ее мать ни вышла из комнаты, сообщать об этом факте механическим бормотанием: «Мама скоро придет». Другой ребенок привык возвещать жалобным голосом всякий раз, когда он должен был принять невкусное лекарство, что «любит его, любит его»—часть фразы, при помощи кото­рой няня пыталась заставить его поверить, что капли вкусные.

Многие подарки, приносимые ребенку взрослыми гостями, способствуют той же иллюзии. Маленькая сумочка или крошеч­ный зонтик должны помочь маленькой девочке изобразить «взрос­лую леди»; тросточка, различное игрушечное оружие позволяют маленькому мальчику подражать мужчине. Даже куклы, помимо того, что они используются во всяких других играх, создают ил­люзию материнства, а железные дороги, машинки и кубики не только служат для выполнения различных желаний и обеспечи­вают возможность сублимации, но и создают в умах детей при­ятную фантазию о том, что они могут контролировать мир. Здесь мы переходим от собственно процессов защиты и избегания к процессам обусловливания детской игры — предмету, который

исчерпывающе обсуждался с различных точек зрения академи­ческой психологией.

Все это дает новое основание для разрешения многолетнего конфликта между различными методами воспитания детей (Фре-бель против Монтессори). Реальная проблема заключается в том, в какой мере задачей воспитания должно быть поощрение де­тей даже младшего возраста к тому, чтобы они направили все свои усилия на ассимиляцию реальности, и в какой мере допу­стимо поощрять их отгораживаться от реальности и создавать мир фантазии.

Позволяя детям уходить в фантазии, при помощи которых они преобразуют болезненную реальность в ее противополож­ность, взрослые делают это при определенных строгих услови­ях. Предполагается, что дети будут удерживать действие своей фантазии в строго определенных границах. Ребенок, который только что был конем или слоном, расхаживал на четвереньках и ржал или трубил, должен быть готов по первому зову занять свое место за столом и быть спокойным и послушным. Укро­титель львов должен быть готов подчиниться своей няне, а пу­тешественник или пират должен послушно идти в постель, ког­да самые интересные вещи в мире взрослых только начинают­ся. Снисходительное отношение взрослого к механизму отрица­ния у ребенка исчезает в тот момент, когда ребенок перестает осуществлять переход от фантазии к реальности с готовностью, без всякой задержки или заминки, или когда он пытается под­чинить свое реальное поведение фантазиям, — точнее говоря, в тот момент, когда фантазия ребенка перестает быть игрой и ста­новится автоматизмом или навязчивостью.

**ОГРАНИЧЕНИЕ ЭГО**

Наше сравнение механизмов отрицания и вытеснения, формирования фантазии и формирования реакции обнаружило параллелизм в способах, используемых Эго для избегания не­удовольствия, исходящего от внешних и внутренних источников. Такой же параллелизм мы обнаруживаем, исследуя другие, бо­лее простые защитные механизмы. Способ отрицания, на кото­ром основана фантазия об обращении реальных фактов в их про­тивоположность, используется в ситуациях, в которых невозможно избежать неприятного внешнего воздействия. Когда ребенок ста­новится старше, его большая свобода физического перемеще­ния и возросшая психическая активность позволяют его Эго

избегать таких стимулов, и ему уже не нужно выполнять столь сложную психическую операцию, как отрицание. Вместо того чтобы воспринимать болезненное впечатление, а затем аннули­ровать его, лишая его катексиса, Эго может вообще отказаться от встречи с опасной внешней ситуацией. Ид может пуститься в бегство и тем самым в прямом смысле слова «избежать» воз­можности неудовольствия. Механизм избегания настолько при­митивен и естествен и, кроме того, настолько нераздельно свя­зан с нормальным развитием Эго, что нелегко в целях теоре­тического обсуждения отделить его от обычного контекста и рас­смотреть изолированно.

Когда я анализировала маленького мальчика, которого на­звала для себя «мальчик с шапкой», я могла наблюдать, как его избегание неудовольствия развивается по этим линиям. Однаж­ды, когда он был у меня дома, он нашел маленький альбом для рисования, который ему очень понравился. Он принялся с эн­тузиазмом заполнять страницы цветным карандашом, и ему по­нравилось, когда я стала делать то же самое. Однако вдруг он посмотрел на то, что я делаю, остановился и явно огорчился. В следующий момент он положил карандаш, пододвинул альбом (до того ревниво охраняемый) ко мне, встал и сказал: «Делай сама, я лучше посмотрю». Очевидно, когда он посмотрел на мой рисунок, он поразил его как более красивый, более искусный или в чем-то еще превосходящий его собственный; это сравне­ние потрясло его. Он немедленно решил, что больше не будет со мной соревноваться, поскольку результаты этого неприятны, и отказался от деятельности, которая секундой раньше достав­ляла ему удовольствие. Он принял роль зрителя, который ниче­го не делает и которому поэтому не нужно сравнивать свои ус­пехи с чьими-то чужими. Накладывая на себя это ограничение, ребенок избегает повторения неприятного впечатления.

Этот случай был не единичным. Игра со мной, которую он не смог выиграть, переводная картинка, которая была не так хороша, как моя,—короче говоря, все, что он не мог сделать так же хорошо, как я, оказывалось достаточным для такой же резкой смены настроения. Ребенок переставал получать удоволь­ствие от того, что он делал, переставал это делать и, по-видимо­му, автоматически утрачивал к этому интерес.

При этом его поглощали занятия, в которых он чувствовал свое превосходство надо мной, и он готов был заниматься ими бесконечно. Было естественно, что, когда он первый раз пошел в школу, он вел себя там в точности так же, как и со мной. Он

отказывался присоединяться к другим детям в игре или заняти­ях, в которых не чувствовал себя уверенно. Он ходил от одного ребенка к другому и «смотрел». Его способ овладевать неудо­вольствием, обращая его во что-то приятное, изменился. Он ог­раничил функционирование своего Эго и в ущерб своему раз­витию уходил от любой внешней ситуации, которая могла при­вести к возникновению того тигра неудовольствия, которого он больше всего боялся. Лишь когда мальчик оказывался среди бо­лее младших детей, он отказывался от этих ограничений и при­нимал активное участие в их занятиях.

В детских садах и школах, устроенных на современный лад, когда классному обучению уделяется меньше внимания, чем са­мостоятельно выбранной индивидуальной работе, дети, похожие на моего маленького «мальчика с шапкой», совсем не редки. Учителя говорят, что появилась новая группа детей, промежу­точная между теми, кто умен, заинтересован и прилежен, с од­ной стороны, и теми, кто интеллектуально пассивен и кого трудно заинтересовать и вовлечь в работу, —с другой. Этот новый тип на первый взгляд не может быть отнесен ни к одной из при­вычных категорий неуспевающих учеников. Хотя такие дети явно умны, хорошо развиты и популярны среди школьных товари­щей, их невозможно заставить принять участие в систематических играх или уроках. Несмотря на то что используемый в школе метод основан на тщательном избегании критики и порицания, дети ведут себя так, словно их запугивают. Малейшее сравне­ние их достижений с достижениями других детей лишает рабо­ту в их глазах всякой ценности. Если им не удается задача или конструктивная игра, они отказываются повторить попытку. В результате они остаются пассивными и отказываются занимать любое место или участвовать в любом занятии, ограничиваясь наблюдением за работой других. Их безделье имеет вторичный антисоциальный эффект, потому что, скучая, они начинают ссо­риться с детьми, поглощенными работой или игрой.

Контраст между хорошими способностями и малой продук­тивностью этих детей заставляет думать, что они невротически заторможены и что нарушение, от которого они страдают, осно­вано на процессах и содержаниях, знакомых нам из анализа истинных торможений. В обоих случаях картина свидетельству­ет об одинаковом отношении к прошлому. В обоих случаях симптом связан не со своим реальным объектом, но с чем-то, что в настоящем замещает какой-то доминировавший в прошлом интерес. Например, когда ребенок заторможен в счете или мыш-

**74 Я**

лении, или взрослый — в речи, или музыкант — в игре, реаль­ная деятельность, которой они избегают, — это не мыслитель­ная работа с понятиями или числами, не произнесение слов, не касание струн смычком или клавиш пианино пальцами. Сами по себе эти виды деятельности для Эго безвредны, но они ока­зались связанными с прошлой сексуальной активностью, кото­рую человек отринул; теперь же они представляют ее и, став таким образом «сексуализированными», являются объектом за­щитных операций Эго. Точно так же у детей, защищающихся от неудовольствия, которое они испытывают при сравнении их до­стижений с достижениями других, чувство, о котором идет речь, является замещающим. Размер больших достижений другого че­ловека означает (по крайней мере у моих пациентов) размер гениталий, больших, чем их собственные, и дети завидуют это­му. Кроме того, когда .их поощряют соревноваться со сверстни­ками, это напоминает о безнадежном соперничестве, имевшем место на Эдиповой фазе развития, или приводит к неприятному осознанию различий между полами.

В одном отношении, однако, два вида нарушений различа­ются. С одной стороны, дети, которые настаивают на том, что­бы играть роль зрителей, вновь обретают свои способности к работе, если изменяются условия, в которых они должны рабо­тать. С другой стороны, истинные торможения не меняются, и перемены во внешней среде их практически не затрагивают. Маленькая девочка, относящаяся к первой группе, по внешним причинам вынуждена была некоторое время не ходить в школу, где она привыкла «смотреть». Ее учили дома, и она под видом игры овладела знаниями, которые оставались для нее закрытой книгой, пока она находилась с другими детьми. Я знаю похо­жий случай полного поворота у другой маленькой девочки семи лет. Она вернулась в школу, успев перед этим позаниматься с частным репетитором. Во время этих домашних уроков ее пове­дение было нормальным и не обнаруживалось ни малейших при­знаков торможения, но она не могла достичь столь же хороших результатов в школе, где преподавание велось по тем же на­правлениям. Таким образом, эти две девочки могли учиться лишь при условии, что их достижения не будут сравниваться с дости­жениями других детей, точно так же, как мальчик, которого я анализировала, мог играть только с младшими, но не со стар­шими детьми. Внешне эти дети ведут себя так, словно действия, о которых идет речь, подвержены как внутреннему, так и внеш­нему торможению. В действительности, однако, задержка осу-

ществляется автоматически и происходит тогда, когда в резуль­тате конкретной деятельности возникает неприятное ощущение. Психическая ситуация этих детей похожа на ту, которая, как показано в исследованиях женственности, характерна для ма­леньких девочек на определенном поворотном этапе их разви­тия (S. Freud, 1933). Независимо от какого бы то ни было страха наказания или угрызений совести маленькая девочка в опреде­ленный период своей жизни занимается клиторической мастур­бацией, ограничивая тем самым свои мужские стремления. Ее самолюбие унижено, когда она сравнивает себя с мальчиками, которые лучше вооружены для мастурбации, и она не хочет, что­бы ей снисхождением постоянно напоминали о ее ущербности.

Было бы неверно полагать, что такие ограничения наклады­ваются на Эго только с целью избежать неудовольствия, выте­кающего из осознания своей неполноценности по сравнению с другими, т. е. из разочарования и обескураженности. В анализе десятилетнего мальчика я наблюдала такое ограничение деятель­ности как переходный симптом, имевший целью избежать не­посредственной объективной тревоги. Но у этого ребенка была противоположная причина для тревоги. На определенной ста­дии своего анализа он стал блестящим футболистом. Его доб­лесть была признана большими мальчиками в его школе, и, к его огромному удовольствию, они позволили ему присоединить­ся к ним в их играх, хотя он был намного младше их. Вскоре он рассказал следующий сон. Он играл в футбол, и большой маль­чик ударил по мячу с такой силой, что мой пациент вынужден был перепрыгнуть через него, чтобы не быть сбитым. Он про­снулся с чувством тревоги. Интерпретация сна показала, что гор­дость от того, что его приняли в игру большие мальчики, быст­ро обернулась тревогой. Он боялся, что они позавидуют его игре и станут агрессивными по отношению к нему. Ситуация, ко­торую он сам создал, играя так хорошо, и которая вначале была источником удовольствия, стала источником тревоги. Та же са­мая тема вскоре вновь появилась в фантазии, когда он собирал­ся ложиться спать. Ему показалось, что он видит, как другие маль­чики пытаются отбить ему ноги большим футбольным мячом. Мяч с силой летел в него, и он поджимал ноги, чтобы уберечь их. Мы уже обнаружили в анализе этого мальчика, что ноги имеют для него особое значение, Ноги стали представлять пенис кружным путем ольфакторных (зрительных) ощущений и представлений о негибкости и хромоте. Сон и фантазия сдержали его страсть к игре. Его игра ухудшилась, и вскоре восхищение им исчезло.

Смыслом этого отступления было: «Вам уже не нужно отбивать мне ноги, потому что я теперь не так хорошо играю».

Но процесс не окончился ограничением Эго в одном направ­лении. Когда мальчик перестал играть, он внезапно развил дру­гую сторону своих способностей — всегда имевшуюся у него склонность к литературе и написанию сочинений. Он начал чи­тать мне стихи, некоторые из которых сочинил сам, принес мне короткие рассказы, написанные, когда ему было всего семь лет, и строил честолюбивые планы литературной карьеры.

Футболист превратился в писателя. Во время одного из.ана­литических сеансов он построил график, чтобы проиллюстри­ровать свое отношение к различным мужским профессиям и хоб­би. В середине была большая жирная точка, обозначавшая ли­тературу, в кружке вокруг нее находились различные науки, а практические профессии были обозначены более удаленными точками. В одном из верхних углов страницы, близко к краю, стояла маленькая точка. Она обозначала спорт, который совсем недавно занимал в его мыслях такое важное место. Маленькая точка была способом выразить то исключительное презрение, которое он теперь питал к спортивным играм. Было поучитель­но видеть, как за несколько дней при помощи процесса, напо­минающего рационализацию, его осознанная оценка различных видов деятельности изменилась под влиянием тревоги. Литера­турные достижения мальчика в это время были поистине удиви­тельными. Когда он перестал отличаться в играх, в функ­ционировании его Эго образовался разрыв, который был запол­нен сверхизобилием продукции в другом направлении. Как и можно было ожидать, анализ показал, что в основе тревоги, свя­занной с мыслью о том, что старшие мальчики могут отомстить ему, лежала реактивация его соперничества с отцом.

Маленькая девочка десяти лет отправилась на свой первый бал, полная радостных предчувствий. Она надела новое платье и туфли, о которых долго мечтала, и с первого взгляда влюби­лась в самого красивого и элегантного мальчика на балу. Слу­чилось так, что, хотя он был ей совершенно незнаком, его звали так же, как и ее. Вокруг этого факта она соткала фантазию о том, что между ними есть тайная связь. Она делала ему аван­сы, но не встретила поддержки. В действительности, когда они танцевали вместе, он смеялся над ее неуклюжестью. Разочаро­вание было одновременно и ударом, и унижением. С этого вре­мени она стала избегать балов, утратила интерес к одежде и не хотела учиться танцевать. Некоторое время она получала удо-

вольствие, глядя на то, как танцуют другие дети, не присоеди­няясь к ним и отказываясь от всех приглашений. Постепенно она стала относиться к этой стороне своей жизни с презрени­ем. Но, как и маленький футболист, она компенсировала себе такое ограничение своего Эго. Отказавшись от женских инте­ресов, она стала выделяться интеллектуально и этим кружным путем в конце концов завоевала признание многих мальчиков своего возраста. Позже в анализе выяснилось, что отпор, полу­ченный ею от мальчика, которого звали так же, как и ее, озна­чал для нее повторение травматического переживания раннего детства. Элементом ситуации, от которого убегало ее Эго, как и в тех случаях, что я описывала раньше, была не тревога и не чувство вины, а интенсивное неудовольствие, вызванное неус­пешным соревнованием.

Рассмотрим теперь различие между торможением и огра­ничением Эго. Человек, страдающий от невротического тормо­жения, защищает себя от перехода в действие некоторого зап­ретного инстинктивного импульса, т. е. от высвобождения не­удовольствия через некоторую внутреннюю опасность. Даже ког­да, как при фобиях, тревога и защита кажутся связанными с внешним миром, он на самом деле боится своих собственных внутренних процессов. Он избегает ходить по улицам, чтобы не подвергаться некогда осаждавшим его соблазнам. Он избегает вызывающего у него тревогу животного, чтобы защитить себя не от самого животного, *а* от тех агрессивных тенденций внут­ри себя, которые эта встреча может возбудить, и от их послед­ствий. При этом в ограничении Эго неприятные внешние впе­чатления в настоящем отвергаются, потому что они могут ожи­вить сходные впечатления, бывшие в прошлом. Возвращаясь к нашему сравнению между механизмами вытеснения и отрица­ния, мы можем сказать, что различие между торможением и ог­раничением Эго заключается в следующем: в первом случае Эго защищается от своих собственных внутренних процессов, во вто­ром — от внешних стимулов.

Из этого фундаментального различия следуют и другие раз­личия между этими двумя психическими ситуациями. За каж­дой невротически заторможенной активностью лежит инстинк­тивное желание. Упрямство, с которым каждый отдельный им­пульс Ид стремится достичь своей цели, превращает простой процесс торможения в фиксированный невротический симптом, который представляет собой постоянный конфликт между же­ланием Ид и защитой, воздвигнутой Эго. Пациент растрачивает

в этой борьбе свою энергию; его импульсы Ид с небольшими изменениями присоединяются к желанию считать, говорить пуб­лично, играть на скрипке или чему-нибудь еще, тогда как Эго в это время с не меньшим упорством препятствует или по край­ней мере искажает выполнение его желания.

Когда ограничение Эго осуществляется вследствие объек­тивной тревоги или неудовольствия, такой фиксации на преры­ваемой деятельности не происходит. Здесь подчеркивается не сама деятельность, а неудовольствие или удовольствие, которое она вызывает. В погоне за удовольствием и в усилиях избежать неудовольствия Эго использует все свои способности. Эго пре­кращает те виды деятельности, которые высвобождают неудо­вольствие и тревогу, и не хочет больше заниматься ими. Забра­сывается вся область интересов, и, если опыт Эго был неудач­ным, оно направляет1 всю свою энергию на достижение чего-либо прямо противоположного. Примерами этого могут служить маленький футболист, обратившийся к литературе, и маленькая танцовщица, чье разочарование привело к тому, что она стала отличницей. Конечно, в этих случаях Эго не создало новых спо­собностей, оно просто использовало те, которыми уже обладало.

Как метод избегания неудовольствия, ограничение Эго, по­добно различным формам отрицания, не относится исключитель­но к психологии неврозов, а представляет собой нормальную стадию в развитии Эго. Когда Эго молодо и пластично, его уход от одной области деятельности иногда компенсируется превос­ходством в другой, на которой оно концентрируется. Но когда оно стало ригидным или уже приобрело интолерантность к неудовольствию, став, таким образом, навязчиво фиксированным на способе избегания, такой уход карается нарушенным раз­витием. Сдавая одну позицию за другой, оно становится одно­сторонним, утрачивает слишком много интересов и может до­биться лишь небольших достижений.

В теории воспитания важность решимости детского Эго из­бежать неудовольствия оценена недостаточно, и это привело к провалу ряда воспитательных экспериментов в недавнем про­шлом. Современный метод заключается в том, чтобы давать ра­стущему Эго ребенка большую свободу действий и особенно по­зволять ему свободно выбирать виды деятельности и интересы. Идея состоит в том, что таким образом Эго лучше разовьется и сможет быть достигнута сублимация в различных формах. Но дети в подростковом возрасте могут придавать большее значе­ние избеганию тревоги и неудовольствия, чем прямому или

косвенному удовлетворению инстинкта. Во многих случаях при отсутствии внешнего руководства выбор ими занятия определя­ется не их конкретными талантами и способностями к сублима­ции, а надеждой обезопасить себя как можно быстрее от трево­ги и неудовольствия. К удивлению воспитателя, результатом сво­боды выбора в таких случаях оказывается не расцвет личности, а обеднение Эго.

Такие защитные меры против объективного неудовольствия и опасности, как те три, которые я использовала в этой главе в качестве иллюстрации, представляют собой со стороны детско­го Эго профилактику невроза — профилактику, которую оно пред­принимает на свой собственный страх и риск. Для того чтобы избежать страдания, оно препятствует развитию тревоги и де­формирует само себя. Кроме того, защитные меры, которые оно усваивает, — будь то бегство от физической доблести к интел­лектуальным достижениям, или упорная решимость женщины быть на равной ноге с мужчинами, или ограничение деятельно­сти общением только с более слабыми — в дальнейшей жизни подвержены всем видам нападений извне. Человек может ока­заться вынужденным изменить свой образ жизни из-за какой-нибудь катастрофы, такой, как утрата объекта любви, болезнь, бедность или война, и тогда Эго опять столкнется с исходной ситуацией тревоги. Утрата привычной защиты от тревоги мо­жет, подобно фрустрации какого-то привычного удовлетворения инстинкта, стать непосредственной причиной невроза.

Дети еще в такой степени зависимы от других людей, что такие возможности формирования невроза могут быть созданы или устранены в зависимости от действий взрослых. Ребенок, который ничему не учится в школе со свободным методом пре­подавания и проводит время, просто наблюдая или рисуя, при строгом режиме становится «заторможенным». Жесткое наста­ивание других людей на какой-либо неприятной деятельности может заставить его зафиксироваться на ней, но тот факт, что он не может избежать неудовольствия, заставляет его искать но­вые способы овладения этим чувством. Однако даже полностью развернутое торможение или симптом могут быть изменены, если обеспечена внешняя защита. Мать, чья тревога пробуждена и чье самолюбие унижено при виде дефекта своего ребенка, бу­дет защищать и охранять его от неприятных внешних ситуаций. Но это означает, что ее отношение к симптому ребенка в точно­сти такое же, как у больного фобией к своим приступам трево­ги: искусственно ограничивая свободу действий ребенка, она

позволяет ему убежать и избежать страдания. Совместные уси­лия матери и ребенка по обеспечению безопасности ребенка от тревоги и неудовольствия, по всей видимости, приведут к ис­чезновению симптомов, столь характерных для детских невро­зов. В таких случаях невозможно объективно оценить тяжесть симптоматики ребенка до тех пор, пока он не будет лишен сво­ей защиты.

**ПРИМЕРЫ ДВУХ ТИПОВ ЗАЩИТЫ**

**Идентификация с агрессором**

Вскрыть защитные механизмы, к которым обычно при­бегает Эго, бывает относительно легко, когда каждый из них ис­пользуется раздельно и лишь в случае конфликта с какой-либо кон­кретной опасностью. Когда мы обнаруживаем отрицание, мы зна­ем, что это реакция на внешнюю опасность; когда имеет место вытеснение, Эго борется с инстинктивным стимулом. Сильное внешнее сходство между торможением и ограничением Эго с меньшей уверенностью позволяет говорить, являются ли эти про­цессы частью внешнего или внутреннего конфликта. Дело обсто­ит намного сложнее, когда защитные механизмы сочетаются или когда один и тот же механизм используется то против внутрен­ней, то против внешней силы. Прекрасной иллюстрацией обеих этих трудностей является процесс идентификации. Поскольку это один из факторов развития Супер-Эго, он участвует в овладении инстинктом. Но, как я надеюсь показать ниже, бывают случаи, когда идентификация сочетается с другими механизмами, обра­зуя одно из наиболее мощных орудий Эго в его действиях с вне­шними объектами, возбуждающими тревогу.

Август Айхорн рассказывает, что, когда он консультировал школьный комитет, ему пришлось иметь дело с учеником на­чальной школы, которого привели к нему из-за привычки гри­масничать. Учитель жаловался на то, что поведение мальчика, когда его ругали или порицали, было ненормальным. Он начи­нал при этом корчить такие гримасы, что весь класс взрывался от смеха. Учитель считал, что либо мальчик насмехается над ним, либо лицо у него дергается из-за какого-нибудь тика. Его слова тут же подтвердились, потому что мальчик начал гримасничать прямо на консультации, но, когда учитель, мальчик и психолог оказались вместе, ситуация разъяснилась. Наблюдая внимательно за обоими, Айхорн увидел, что гримасы мальчика были просто карикатурным отражением гневного выражения лица учителя и

бессознательно копировали его лицо во время речи. Своими гри­масами он ассимилировался, или идентифицировался, с угро­жающим внешним объектом.

Мои читатели вспомнят случай с маленькой девочкой, кото­рая пыталась при помощи магических жестов справиться с уни­жением, связанным с завистью к пенису. Этот ребенок созна­тельно и целенаправленно использовал механизм, к которому мальчик прибегал неосознанно. Дома она боялась проходить че­рез темный зал из страха перед привидениями. Однако внезап­но она обнаружила способ, позволявший ей делать это: она про­бегала через зал, делая различные странные жесты. Девочка с триумфом сообщила своему младшему брату секрет того, как она справилась со своей тревогой. «Можно не бояться, когда идешь через зал, — сказала она, — нужно лишь представить себе, что ты то самое привидение, которое должно тебе встретиться». Так обнаружилось, что ее магические жесты представляют собой дви­жения, которые, по ее мнению, должно делать привидение.

Мы можем рассматривать такой вид поведения у двух опи­санных мною детей как идиосинкразию, но в действительности для примитивного Эго это один из наиболее естественных и рас­пространенных типов поведения, давно известный тем, кто ис­следует примитивные способы вызывать и изгонять духов и при­митивные религиозные церемонии. Кроме того, существует много детских игр, в которых посредством превращения субъекта в угрожающий объект тревога превращается в приятное чувство безопасности. Это — новый подход к изучению игр с перевоп­лощением, в которые так любят играть дети.

Однако физическая имитация антагониста представляет со­бой ассимиляцию лишь одного элемента сложного пережива­ния тревоги. Нам известно из наблюдения, что имеются и дру­гие элементы, которыми необходимо овладеть. Шестилетний па­циент, на которого я уже ссылалась, должен был несколько раз посетить зубного врача. Вначале все шло замечательно. Лече­ние не причиняло ему боли, он торжествовал и потешался над самой мыслью о том, что кто-то может этого бояться. Но в один прекрасный день мой маленький пациент явился ко мне в на редкость плохом настроении. Врач сделал ему больно. Он был раздражен, недружелюбен и вымещал свои чувства на вещах в моей комнате. Его первой жертвой стал кусок индийского кау­чука. Он хотел, чтобы я дала ему его, а когда я отказалась, он взял нож и попытался разрезать его пополам. Затем он поже­лал большой клубок бечевки. Он хотел, чтобы я и его отдала ему, и живо обрисовал мне, какие замечательные поводки он

сделает из нее для своих животных. Когда я отказалась отдать ему весь клубок, он снова взял нож и отрезал большой кусок бечевки, но не использовал его. Вместо этого через несколько минут он начал резать бечевку на мелкие кусочки. Наконец он отбросил клубок и обратил свое внимание на карандаши — на­чал без устали затачивать их, ломая кончики и затачивая снова. Было бы неправильно сказать, что он играл «в зубного врача». Реального воплощения врача не было. Ребенок идентифициро­вался не с личностью агрессора, а с его агрессией.

В другой раз этот маленький мальчик пришел ко мне сразу после того, как с ним случилось небольшое происшествие. Он участвовал в игре во дворе школы и на всем ходу налетел на кулак учителя физкультуры, который тот как раз случайно выс­тавил перед собой. Губа у него была разбита, лицо залито слеза­ми, и он пытался спрятать и то и другое, закрывая лицо руками. Я попыталась утешить и успокоить его. Он ушел от меня очень расстроенным, но на следующий день появился снова, держась очень прямо, и был вооружен до зубов. На голове у него была военная каска, на боку — игрушечный меч, а в руке — пистолет. Увидев, что я удивлена этой перемене, он сказал мне просто: «Эго пожелало, чтобы все это было при мне, когда я буду играть с вами». Однако он не стал играть; вместо этого он сел и напи­сал письмо своей матери: «Дорогая мамочка, пожалуйста, пожа­луйста, пожалуйста, пожалуйста, пришли мне перочинный нож, который ты мне обещала, и не жди до Пасхи!» В этом случае мы тоже не можем сказать, что для того, чтобы овладеть тревожным переживанием предыдущего дня, он воплотил в себе учителя, с которым столкнулся. В данном случае он не имитировал и его агрессию. Оружие и форма, будучи мужскими атрибутами, явно символизировали силу учителя и, подобно атрибутам отца в фан­тазиях о животных, помогли ребенку идентифицироваться с му­жественностью взрослого и тем защититься от нарциссического унижения или от реальных неудач.

Приведенные примеры иллюстрируют знакомый нам про­цесс. Ребенок интроецирует некоторые характеристики объекта тревоги и тем самым ассимилирует уже перенесенное им пере­живание тревоги. Здесь механизм идентификации или интроек-ции сочетается с другим важным механизмом. Воплощая агрес­сора, принимая его атрибуты или имитируя его агрессию, ре­бенок преображается из того, кому угрожают, в того, кто угро­жает. В «По ту сторону принципа удовольствия» (S. Freud, 1920} детально обсуждается значение такого перехода от пассивной к

активной роли как средства ассимиляции неприятного или трав­матического опыта в детстве. «Если доктор смотрел у ребенка горло или произвел небольшую операцию, то это страшное про­исшествие, наверно, станет предметом ближайшей игры, но нельзя не заметить, что получаемое при этом удовольствие про­истекает из другого источника. В то время как ребенок перехо­дит от пассивности переживания к активности игры, он пере­носит это неприятное, которое ему самому пришлось пережить, на товарища по игре и мстит таким образом тому, кого этот последний замещает» (там же). То, что истинно относительно игры, истинно также и относительно другого поведения детей. В случае мальчика, корчившего гримасы, и девочки, применяв­шей магию, неясно, что в конце концов стало с угрозой, с кото­рой они идентифицировались, но в случае плохого настроения другого мальчика агрессия, принятая от зубного врача и учите­ля физкультуры, была направлена против всего мира в целом.

Этот процесс трансформации еще больше поражает нас своей необычностью, когда тревога связана не с каким-то событием в прошлом, а с чем-то ожидаемым в будущем. Я вспоминаю маль­чика, имевшего привычку яростно трезвонить входным звонком детского дома, в котором он жил. Как только дверь открыва­лась, он начинал громко бранить горничную за то, что она так долго не открывала и не слышала звонка. В промежутке между звонком и приступом ярости он испытывал тревогу, как бы его не отругали за его невоспитанность — за то, что он звонит слиш­ком громко. Он набрасывался на служанку, прежде чем она ус­певала пожаловаться на его поведение. Горячность, с которой он бранил ее,—профилактическая мера—указывала на интен­сивность его тревоги. Принятая им агрессивность была направ­лена на конкретного человека, от которого он ожидал агрессии, а не на какое-либо замещение. Обратцение ролей нападающего и подвергающегося нападению было в данном случае доведено до своего логического завершения.

Женни Вельдер дала яркое описание этого процесса у пя­тилетнего мальчика, которого она лечила9.

Когда анализ подошел вплотную к материалу, касающемуся мастурбации и связанных с ней фантазий, мальчик, до того застенчивый и заторможенный, стал неимоверно агрессивным. Его обычно пассивное отношение исчезло, и от его женственных черт не осталось и следа. Во время анализа он заявлял, что он

9 Устное сообщение на Венском семинаре по лечению детей (см.: К. Н 1946).

рычащий лев, и нападал на аналитика. Он носил с собой прут и играл в Крэмпуса10, т. е. стегал им направо и налево, когда шел по лестнице у себя дома, а также в моей комнате. Его бабушка и мать жаловались, что он пытается ударить их по лицу. Беспокой­ство матери достигло предела, когда он принялся размахивать кухонными ножами. Анализ показал, что агрессивность ребенка не может считаться указанием на то, что было снято торможение каких-то его инстинктивных импульсов. До высвобождения его мужских стремлений было еще далеко. Он просто страдал от тревоги. Введение в сознание и необходимое признание его бо­лее ранней и недавней сексуальной активности возбудили в нем ожидание наказания. Согласно его опыту, взрослые сердились, когда обнаруживали, что ребенок занимается такими вещами. Они кричали на него, отпускали ему пощечины или били его розгой; возможно, они могли бы даже что-то отрезать у него ножом. Когда мой маленький пациент принял на себя активную роль, рыча, как лев, и размахивая прутом и ножом, он драматизи­ровал и предвосхищал наказание, которого так боялся. Он инт-роецировал агрессию взрослых, в чьих глазах ощущал себя ви­новатым, и, сменив пассивную роль на активную, направил свои собственные агрессивные действия против этих самых людей. Каждый раз, когда мальчик оказывался на грани сообщения мне того, что он считал опасным материалом, его агрессивность воз­растала. Но как только его запретные мысли и чувства были высказаны, обсуждены и интерпретированы, ему стал не нужен прут Крэмпуса, который до этого он неизменно таскал с собой, и он оставил его у меня дома. Его навязчивое стремление бить других исчезло вместе с исчезновением тревожного ожидания того, что побьют его самого.

«Идентификация с агрессором» представляет собой нормаль­ную стадию развития Супер-Эго. Когда два мальчика, чьи слу­чаи я описала, идентифицировались с угрозой наказания, исхо­дящей от старших, они сделали важный шаг к формированию Супер-Эго — интернализовали критику их поведения другими. Когда ребенок постоянно повторяет этот процесс интернализа-ции и интроецирует качества людей, ответственных за его вос­питание, присваивая их характеристики и мнения, он постоян­но поставляет материал, из которого может формироваться Су­пер-Эго. Но в это время ребенок еще не признает всем серд­цем эту организацию. Интернализованная критика не сразу ста­новится самокритикой. Как мы видели из приведенных мною

10 Черт, сопровождавший св. Николая и наказывавший непослушных детей.

примеров, она еще отделена от собственного предосудительно­го поведения ребенка и оборачивается назад, во внешний мир. При помощи нового защитного процесса идентификация с аг­рессором сменяется активным нападением на внешний мир.

Рассмотрим более сложный пример, который, возможно, про­льет свет на это новое развитие защитного процесса. Один маль­чик на пике своего Эдипова комплекса использовал этот конк­ретный механизм для овладения фиксацией на своей матери. Его прекрасные отношения с ней были нарушены взрывами не­годования. Он укорял ее страстно и по самым разным поводам, но одно странное обвинение фигурировало постоянно; он упор­но жаловался на ее любопытство. Легко увидеть первый шаг в проработке его заторможенных аффектов. В его воображении мать знала о его либидозном чувстве к ней и с возмущением отвергала его авансы. Ее возмущение активно воспроизводилось в его собственных взрывах негодования по отношению к ней. Однако в противоположность пациенту Женни Вельдер он уп­рекал ее не вообще, а конкретно в любопытстве. Анализ пока­зал, что это любопытство было элементом инстинктивной жизни не его матери, а его собственной. Из всех составляющих ин­стинктов, входящих в его отношения с ней, вуайеристским им­пульсом овладеть было труднее всего. Обращение ролей было полным. Он принял на себя возмущение своей матери, а ей вза­мен приписал свое собственное любопытство.

На некоторых фазах сопротивления молодая пациентка горь­ко упрекала аналитика в скрытности. Она жаловалась на то, что аналитик слишком скрытна, приставала к ней с личными вопро­сами и очень расстраивалась, если не получала ответа. После этого упреки прекращались, но вскоре начинались вновь всегда одним и тем же стереотипным, по-видимому, автоматизирован­ным образом. В этом случае мы также можем выделить в психи­ческом процессе две фазы. Время от времени по причине тормо­жения, мешавшего ей выговориться, пациентка сознательно сама вытесняла очень личный материал. Она знала, что нарушает ос­новное правило анализа, и ожидала, что аналитик будет упрекать ее. Она интроецировала вымышленный упрек и, приняв актив­ную роль, принялась упрекать аналитика. Ее фазы агрессии в точности совпадали во времени с фазами скрытности. Она кри­тиковала аналитика как раз за то, в чем сама чувствовала себя виноватой. Ее собственное скрытное поведение воспринималось как предосудительное поведение со стороны аналитика.

У другой молодой пациентки периодически случались вспыш­ки неимоверной агрессивности.

755

Объектами этих вспышек были Эго, ее родители и другие, менее близкие ей люди. В особенности она жаловалась на две вещи. Во-первых, во время этих фаз у нее было такое чувство, что люди скрывают от нее что-то, известное всем, кроме нее, и ее мучило желание узнать, что же это такое. Во-вторых, она была глубоко разочарована недостатками всех своих друзей. Как и в предыдущем случае, когда периоды, в которые пациентка скры­вала материал, совпадали с периодами жалоб на скрытность ана­литика, у этой пациентки агрессивные фазы наступали автома­тически, как только ее вытесненные фантазии о мастурбации, не осознаваемые ею самой, готовы были всплыть в ее созна­нии. Осуждение ею собственных объектов любви соответство­вало порицанию, которого она ожидала от них из-за своей дет­ской мастурбации. Она полностью идентифицировалась с этим осуждением и обернула его против внешнего мира. Тайна, ко­торую все от нее скрывали, была тайной ее собственной мастур­бации, которую она хранила не только от других, но и от себя. . Здесь также агрессивность пациентки соответствует агрессив­ности других людей, а ее тайна является отражением ее соб­ственного вытеснения.

Эти три примера дали нам некоторое представление об ис­токах этой фазы в развитии функционирования Супер-Эго. Даже после того как внешняя критика была интроецирована, угроза наказания и допущенный проступок все еще не соединились в психике пациента. В то время как критика интернализуется, про­ступок экстернализуется. Это означает, что механизм идентифи­кации с агрессором дополняется другой защитной мерой, а имен­но проекцией вины.

Эго, которое при помощи защитного механизма проекции развивается в этом направлении, интроецирует авторитеты, кри­тике которых оно подвержено, и включает их в Супер-Эго. После этого оно становится способным проецировать запретные им­пульсы вовне. Его нетерпимость по отношению к другим людям опережает строгость по отношению к себе. Эго узнает, что дос­тойно порицания, но защищается от неприятной самокритики при помощи этого защитного механизма. Сильное негодование по поводу чужих неправильных поступков — предшествование и замещение чувства вины по отношению к самому себе. Него­дование Эго возрастает автоматически, когда близится восприя­тие его собственной вины. Эта стадия развития Супер-Эго пред­ставляет собой предварительную фазу нравственности. Истин­ная нравственность начинается тогда, когда интернационализо-ванная критика, теперь включенная в предъявляемую Супер-Эго

**7.>6**

норму, совпадает с восприятием своего собственного проступка со стороны Эго. Начиная с этого момента строгость Супер-Эго обращается вовнутрь, а не наружу, и человек становится не столь нетерпимым к другим людям. Но, достигнув этой стадии своего развития, Эго должно выдерживать острейшее неудовольствие, причиняемое самокритикой и чувством вины.

Вполне возможно, что многие люди задерживаются на про­межуточной стадии развития Супер-Эго и никогда не заверша­ют интернализации процесса критики. Хотя они и осознают свою собственную вину, тем не менее продолжают оставаться весьма агрессивными по отношению к другим людям. В таких случаях поведение Супер-Эго по отношению к другим столь же безжа­лостно, как и поведение Супер-Эго по отношению к собственному Эго пациента при меланхолии. По-видимому, когда развитие Су­пер-Эго таким образом заторможено, преждевременно начина­ют развиваться меланхолические состояния.

«Идентификация с агрессором» представляет собой, с од­ной стороны, предварительную фазу развития Супер-Эго, а с другой — промежуточную стадию развития паранойи. Она сходна с первой механизмом идентификации, а со второй — механиз­мом проекции. В то же время идентификация и проекция пред­ставляют собой нормальные виды деятельности Эго, и их ре­зультаты существенно различаются в зависимости от того мате­риала, к которому они применены.

Конкретное сочетание интроекции и проекции, которое мы обозначили термином «идентификация с агрессором», может рас­сматриваться как нормальное лишь в той мере, в какой Эго ис­пользует этот механизм в своем конфликте с авторитетом, т. е. в своих попытках совладать с объектом тревоги. Это защитный процесс, который перестает быть безобидным и становится па­тологическим, когда он направлен на любовную жизнь челове­ка. Когда муж перемещает на жену свое собственное стремле­ние к неверности, а затем страстно упрекает ее в неверности, в действительности он интроецирует упреки жены и проецирует часть своего Ид11. Его намерение, однако, заключается в защите себя не от агрессии извне, а от разрушения возмущающими вне­шними силами своей позитивной либидозной фиксации на жене. Соответственно отличается и результат. Вместо агрессивного от­ношения к бывшему внешнему противнику пациент развивает

Ср.: *Freud S.* Some neurotic mechanisms in jealousy, paranoia and homo­sexuality, 1922.

навязчивую фиксацию на своей жене, и эта фиксация при­обретает форму проецируемой ревности.

Когда механизм проекции используется как защита от гомо­сексуальных любовных импульсов, он сочетается еще и с дру­гими механизмами. Обращение (в этом случае обращение люб­ви в ненависть) дополняет то, что начали интроекция и проек­ция, и результатом оказывается развитие параноидальных ил­люзий. В любом случае — при защите против гетеросексуаль­ных или гомосексуальных любовных импульсов — проекция боль­ше не является произвольной. Выбор места для своих бессозна­тельных импульсов со стороны Эго определяется «наличным ма­териалом (Wahrnehmungsmaterial), в котором проявляются ана­логичные бессознательные импульсы партнера» (S. Freud, 1922). С теоретической точки зрения анализ процесса «идентифи­кации с агрессором» помогает нам различать способы употреб­ления конкретных защитных механизмов; на практике это по­зволяет нам отличать приступы тревоги в переносе от вспышек агрессии. Когда анализ вносит в сознание пациента истинные бессознательные агрессивные импульсы, сдерживаемый аффект будет искать выход через отреагирование в переносе. Но если в основе его агрессии лежит то, что, как он предполагает, явля­ется нашей критикой, стремление «дать агрессии практический выход» и «отреагировать» агрессию не окажет на нее ни ма­лейшего влияния. Агрессия возрастает, пока бессознательные импульсы остаются запретными, и исчезает, как у маленького мальчика, который признался в своей мастурбации лишь с ис­чезновением страха перед наказанием и перед Супер-Эго.

**Эмоции и инстинкты в латентный период (школьный воз­раст).** После достижения своего пика примерно в возрасте пяти лет отношение детей к родителям становится более спокойным, инфантильная сексуальность затухает. Вместо того чтобы раз­виваться дальше вплоть до сексуальной зрелости (как это про­исходит у животных), либидозные желания слабеют и отходят на задний план. Трудно сказать, в какой мере эта перемена происходит благодаря действию механизма подавления, которое на предыдущей стадии развития привело инстинкты в подпо­лье, и в какой мере благодаря биологическому ослаблению ли­бидо, которое всегда происходит в этом возрасте и продолжает­ся до младшего подросткового возраста. Наблюдения показыва­ют, что сексуальная активность между пятью и десятью годами более заметна там, где раннее воспитание по каким-то причи­нам не проводилось и контроль инстинктивной жизни в первой

758

фазе не был установлен. С другой стороны, некоторое ослабле­ние силы либидо в последующий период всегда ощутимо, и этот разрыв в процессе сексуального развития является важной ха­рактеристикой человеческой расы. Каковы бы ни были причи­ны, сексуальный инстинкт остается более или менее скрытым в младшем школьном возрасте. Это приводит к относительной сла­бости эмоциональных и инстинктивных проявлений и, следова­тельно, к определенным изменениям в поведении, переживани­ях, объектных отношениях и содержании сознания.

**Поведение в латентный период.** Ребенок выходит из разди­рающих его в течение пяти лет жизни конфликтов с определен­ным расщеплением личности. Он уже не является абсолютно инстинктивным существом, каким был при рождении. Одна его часть изменилась и приобрела новые качества: умение наблю­дать, интерпретировать и запоминать происходящее во внеш­нем и внутреннем мире и умение контролировать свои реакции на происходящие события. Эта часть личности заняла цен­тральную позицию, стала управляющим центром, недосягаемым для инстинктов, из которых она произошла, и (как это было по­казано выше) пытается контролировать инстинкты. Это та часть личности, которой ребенок себя ощущает и называет «Я» *(Эго).*

Поведение в период младшего школьного возраста опреде­ляется реакциями Эго в той же мере, в какой поведение в те­чение первых пяти лет жизни определяется инстинктами. Зату­хание сексуальных желаний освобождает ребенка от его наи­худших опасений. Вместо того чтобы постоянно искать удовлет­ворения и упражняться в контроле своих чреватых опасностью желаний, его Эго теперь имеет возможность свободно разви­ваться и использовать свой интеллект и энергию в новых направлениях. Ребенок может теперь сконцентрироваться на по­ставленных перед ним задачах даже в том случае, если они не принесут непосредственного удовлетворения желаний, а служат другим интересам. *Работа* школьника занимает место *игры* дош­кольника.

Игра является одним из важнейших видов деятельности ма­ленького ребенка, не только для развития его инстинктов, эмо­ций и фантазии, но и для развития чувств и интеллекта. Как было показано в многочисленных психологических исследова­ниях, виды и формы игры на разных возрастных этапах изме­няются, но в зависимости не от интеллектуального развития, а от эмоциональных проблем, которые находят выход в игре. В процессе развития с раннего детства до школьного возраста

прямое и незамедлительное удовлетворение желаний постепен­но сменяется косвенным и сублимированным исполнением, пока ребенок не становится способен выполнять задания и получать удовольствие от деятельности, которая по своей природе не яв­ляется приятной, но косвенно служит достижению приносящих удовлетворение целей. (Примерами могут быть длительная и упорная подготовка к постройке хижины, создание костюмов и декораций для пьесы, изготовление кукол для кукольного теат­ра, т. е. те виды деятельности, которые используются в развива­ющем обучении при переходе от игры к труду.) Способность получать удовольствие такого рода доказывает, что Эго ребенка теперь может действовать свободно, безотносительно к немед­ленному удовлетворению инстинктивных желаний.

**Объектные отношения и идентификация.** С ослаблением страсти по отношению' к родителям и с развитием интеллекта и чувства реальности отец и мать становятся менее желанными и менее пугающими фигурами. Школьник учится сравнивать сво­их собственных родителей с другими людьми, которые представ­ляют для него авторитет, например с учителями. Он также на­чинает понимать, что родители не такие всемогущие, как это казалось раньше, но сами зависимы и часто беспомощны перед лицом неизбежности и высшей власти. Потребность в их одоб­рении и любви становится не столь жизненно необходимой, их неодобрение и критика приносят меньше огорчения. Пережи­вания по поводу двух основных страхов (страх наказания и страх утраты родительской любви) сглаживаются, хотя взамен возни­кает новая форма тревоги. В течение длительного периода пол­ной зависимости от родителей ребенок слушался их команд и запретов и имитировал многие из их действий, в результате чего часть его Эго усвоила модель поведения родителей. Этот про­цесс идентификации ведет к постепенному формированию в лич­ности ребенка нового центра управления, который отвечает за соблюдение моральных и этических норм и обеспечивает созна­тельность ребенка *(Супер-Эго).* Эмоциональные отношения с ро­дителями продолжают оставаться неизменными, тогда как эта сознательность постоянно усиливается под действием воспита­ния. (Первоначально Супер-Эго является внешним образовани­ем, возникшим при отождествлении с авторитетными для ре­бенка личностями.) Когда этот период проходит, Супер-Эго от­деляется от носителей, приобретает независимость и управляет ребенком изнутри, обычно в том же ключе, в каком управляли родители. Когда ребенок поступает согласно идеалам, заложен-

ным в Супер-Эго, он чувствует, что «доволен собой», как это было раньше, когда он заслуживал одобрение и похвалу роди­телей. Когда же ребенок поступает вопреки Супер-Эго, он чув­ствует внутреннее осуждение, или, как это принято называть, *чувство вины.* Ребенок учится бояться этого чувства, так же как раньше он боялся осуждения родителей.

Если ребенок достигает школьного возраста, а идентификации с фигурой родителя не происходит, можно говорить о недостат­ке его морального развития. Ребенку не хватает внутреннего ру­ководства, и он, следовательно, находится на уровне детей млад­шего возраста, Слабость развития Супер-Эго может быть обус­ловлена нарушениями детс ко-родительских отношений, отсутстви­ем подходящего объекта любви в раннем детстве или нестабиль­ностью эмоциональной привязанности.

**Подавление и память.** Ребенок школьного возраста приоб­ретает много новых знаний об окружающем мире благодаря пе­реключению внимания на внешние объекты и сублимации ин­тересов, а также готовности следовать инструкциям, его возрос­шей способности получать информацию из книг и концентри­роваться на вопросах, лишь отчасти личностно значимых. Неко­торые школьники становятся экспертами в специальных облас­тях, таких, например, как география (читая приключенческие романы или коллекционируя марки), минералогия, ботаника, зоо­логия (коллекционируя минералы, бабочек, собирая гербарии, разводя домашних животных), история. Другие становятся опыт­ными механиками, химиками, физиками, электриками, которые стремятся проводить собственные, зачастую опасные экспери­менты.

С другой стороны, рост знаний об объективном мире сопро­вождается значительным отставанием в самопознании. Ранее сформированное подавление усиливается настолько, что Эго ре­бенка становится почти полностью отделено от его инстинктов. В реальности ребенок не может достичь тех идеалов, которые он установил для себя. Все, что он может сделать, — стереть из своего сознания те желания, фантазии и мысли, которые вызы­вают чувство вины. Все, что ребенок знал о своей сексуальнос­ти и агрессивности, предано забвению.

Все прошлое наполнено событиями и инцидентами, которые ребенок теперь осуждает как постыдные; он также выбрасыва­ет из сознания (травмирующие) воспоминания о прошлом. Это объясняет, почему живой и яркий опыт первых пяти лет жизни бесследно исчезает из детских воспоминаний. Мало кто помнит

о своем раннем детстве более чем несколько отдельных карти­нок, которые им самим кажутся малозначительными *(воспоми­нания-клише).*

Школьный возраст проходит без очевидной сексуальной ак­тивности, но с внезапными вспышками фантазий, с мастурба­цией из-за накопившейся энергии либидо. Там, где раннее вос­питание было суровым, такие вспышки сопровождаются острым чувством вины, тревоги и подавленного настроения. Если на про­тяжении латентного периода такие вспышки полностью отсут­ствуют, это означает, что подавление выполнило свою работу слишком хорошо. Ребенку в таком случае трудно выработать нормальную установку на сексуальность в дальнейшей жизни.

**А. Фрейд**

**ИНФАНТИЛЬНЫЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ СТУПЕНИ БОЛЕЕ ПОЗДНИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. РАЗВИТИЕ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ1**

**ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТЬ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ В ДЕСТКОЙ КЛИНИКЕ**

Гомосексуальные побуждения, которые появляются во время развития, разместить в классификации психопатологии дет­ства не легче, чем диссоциальные. Мы наталкиваемся на те же самые вопросы: начиная с какого возраста поведение характе­ризуется как гомосексуальное, какие отношения существуют между нормальными психосексуальными ступенями и гомосек­суальными явлениями и насколько возможно определить пред­варительные ступени гомосексуальности и предсказать откло­нения от нормальной сексуальности во взрослой жизни по их первым признакам.

С момента появления в 1905 г.» работы 3. Фрейда «Три очер­ка теории сексуальности» растущая психоаналитическая лите­ратура работает над темой гомосексуальности. Не все эти пуб­ликации имеют отношение к детскому возрасту. Важное разли­чие между проявляющейся и латентной гомосексуальностью, на­пример, основывается на фактическом осуществлении сексуаль­ных действий у взрослых (бессознательные фантазии или про­являющиеся акты) и не может быть сразу перенесено на сексу­альные игры детей. Различие между пассивной и активной го­мосексуальностью (или лежащими в их основе фантазиями) ка­сается роли партнера в сексуальных отношениях, т. е. в актах, которые входят в рассмотрение только после пубертатности. Мно­гие обсуждавшиеся вопросы о том, насколько излечима гомо­сексуальность, также касаются только взрослых, которые вос­принимают это отклонение либо приемлемым для себя, либо страдают от него и под его давлением ищут врачебной помощи.

Ряд других вопросов, которые также встречаются в литера­туре, имеет большое значение для детского аналитика. Здесь сле­дует подчеркнуть в особенности три темы: роль однополовости и разнополовости для *выбора объекта;* различия между *рекон­струкцией* из анализа взрослых и *прямым наблюдением* за

*Фрейд А., Фрейд 3.* Детская сексуальность и психоанализ детских не­врозов. СПб., 1997, стр. 330—347.

**763**

ребенком для оценки сексуальной направленности; общие вопро­сы сведения гомосексуальности либо к врожденным, либо к приобретенным влияниям и их взаимоотношениям друг с другом.

**Выбор объекта в зависимости от возрастных ступеней**

То, что оба пола в детстве заполняют своим либидо как женские, так и мужские объекты, принадлежит к основопо­лагающим открытиям психоанализа. На различных возрастных ступенях развития либидо выбор объекта происходит на основе различных потребностей и необходимостей. Объединения с ли­цами того же пола являются поэтому такими же нормальными, как объединения с лицами противоположного пола, и никакое из этих предпочтений неприемлемо для прогнозирования более поздней нормы и аномалии (см. у 3. Фрейда: «Выбор объекта представляется психоанализу скорее независимым от пола объек­та, как его можно наблюдать в детском возрасте, в примитив­ных состояниях и раннеисторические времена, где существуют одинаково свободные директивы относительно мужских и жен­ских объектов, чем изначально заданным» (1915).

*Маленькие дети* в начале жизни выбирают свои объекты на основе осуществления своих потребностей и желаний, не обра­щая внимания на половую принадлежность. Мать заполняется либидо, потому что ее ухаживание доставляет удовольствие, отец — вследствие своего удивительного всемогущества, как за­щитник, как повелитель матери и т. д. Там, где отец вместо ма­тери берет на себя уход за ребенком, ребенок переносит на него «отношение к матери»; где мать играет в семье ведущую роль, к ней направляется «отношение к отцу». Однако естественным образом ребенок и того, и другого пола либидоносно связан с обоими полами. Мы по праву говорим, что маленький ребенок не является ни гомосексуальным, ни гетеросексуальным. Мы мо­жем точно так же сказать, что он является и тем, и другим.

То, что первый выбор объекта у человека происходит на та­кой основе, подтверждается при переносах на аналитика во вре­мя лечения. Здесь пол также имеет мало значения. Отношение к отцу и матери переносится как на мужчину-аналитика, так и на женщину.

В самом деле, включая этот первый «выбор объекта по типу опоры и поддержки» (т. е. на основе удовлетворения потребнос­тей), все *прегенитальные* частные инстинкты ведут себя тем же самым образом. Они исходят из удовлетворений, для которых

**764**

сексуальный аппарат партнера не играет никакой роли, однако его другие свойства и действия имеют для них значение. Там, где мать доставляет ребенку оральное или анальное удоволь­ствие, мы можем сказать, что мальчик является на этой фазе гетеросексуальным, девочка — гомосексуальной; где отец и мать смешивают свои роли, результат противоположен. В связи с вы­бором объекта здесь рассматривается специфическая цель част­ного инстинкта, который пока независим от пола.

В противоположность предшествующей генетической ступе­ни на фаллической фазе пол объекта любви стоит на первом месте. Генетически обусловленная высокая оценка мужского орга­на побуждает как мальчиков, так и девочек выбирать объект, который обладает пенисом или которому по меньшей мере в фан­тазиях приписывается обладание пенисом (фаллическая мать). Как бы ни происходило прежде их сексуальное развитие, на этой ступени они не могут освободиться «от выделенного по­средством определенного условия объекта», («Как наш малень­кий Ганс, который одинаково нежен как с мальчиками, так и с девочками и при случае зовет своего друга Фрица «своей са­мой любимой девочкой». Ганс гомосексуален, как только могут быть гомосексуальны все дети в полном соответствии с фактом, которого нельзя не замечать, что он знает лишь один вид гени­талий, таких, как у него самого» — 3. Фрейд, 1915).

Сам *Эдипов комплекс* (как положительный, так и отрицатель­ный), конечно, основывается на половом различии, и выбор объек­та эдипальных детей происходит не иначе, как среди взрослых. Положительная эдипальная связь с родителями противополож­ного пола по внешнему проявлению похожа во всех отношени­ях на взрослую гетеросексуальность, связь с родителем того же пола — на взрослую гомосексуальность. Оба проявления нахо­дятся в рамках нормального развития и основываются на био­логически обусловленной бисексуальности человека. С другой стороны, здесь существуют качественные различия в заполне­ниях, которые можно рассматривать как первые предвестники более поздних отклонений от нормальной сексуальной цели. Ре­бенок обнаруживает большую притягательную силу, которая ис­ходит либо от мужского, либо от женского объекта и основыва­ется на впечатлениях от преэдипального времени. Здесь имеет значение, как отец и мать выполняют свои собственные мужс­кие и женские роли. Где остаются фиксации на агрессивно-са­дистической стороне анальной фазы, они толкают мальчика в сторону положительного Эдипова комплекса и к последующей

**7ЛЧ**

гетеросексуальности, фиксации на оральной и анальной пассив­ности толкают в обратную сторону, а именно к отрицательному Эдипову комплексу и к более поздней гомосексуальности.

Со вступлением в *латентный период* эти предвестники опять отступают на задний план, за исключением случаев невроти­ческих детей с неразрешенными эдипальными образованиями. Здоровый латентный ребенок, у которого на первом плане на­ходятся ограниченные, отодвинутые и сублимированные стрем­ления, выбирает свои объекты опять без особого внимания к их полу. Например, учителя, которые играют большую роль для школьника, заполняются положительно или отрицательно, т. е. любимы, уважаемы, внушают страх и т. п., не на основе их му­жественности или женственности, а потому, что они готовы по­мочь, могут понять и увлечь, бывают строгими, неприступными и вызывающими страх.-

Важно также обратить внимание на то, что в латентном пе­риоде либидоносное отношение к старшим товарищам строится иначе, чем у взрослых. То, что мальчики предпочитают друзей или товарищей по игре мужского пола и отстраняются от дево­чек, внешне кажется проявлением гомосексуального выбора объекта, в действительности же является признаком здоровой мужественности (т. е. последующей гетеросексуальности); более поздняя гомосексуальность проявляет себя противоположным образом, т. е. такой мальчик ищет общество девочек и предпо­читает их игрушки, их книги и занятия. Девочки, стремящиеся играть с мальчиками, разделяющие их интересы и т. п., не ищут мужского партнера, а хотят сами быть мальчиками. Б эту сто­рону их толкают пенисная зависимость и комплекс мужест­венности, а не их феминистические установки.

В латентности в качестве внешне проявляющейся гомосек­суальности выступает то, что соответствует, следовательно, ге­теросексуальным побуждениям; внешне проявляющаяся гетеро-сексуальность соответствует гомосексуальности. Перевернутое состояние объясняется тем, что на этой генетической ступени отношения к старшим товарищам основываются не на объект­ных отношениях к партнеру, а на идентификации с ним. Ребе­нок стремится к «тождественности» (см. пословицу «Свой своя­ка видит издалека») с соратниками, что обыкновенно включает в себя факт одинакового пола.

В предпубертатности гомосексуальные связи не менее час­ты и также не менее нормальны, чем гетеросексуальные. Они мало или ничего не значат для более позднего выбора объекта

и основываются прежде всего на повторении старых, прегени-тальных отношений.

Гомосексуальный выбор объекта в пубертатности основан по большей части на частых в этом периоде жизни регрессиях от либидного заполнения объекта к себялюбию (нарциссизму) и пер­вичной идентификации. В таких случаях субъект служит для са­мого себя, или, правильнее сказать, для идеальной картины са­мого себя, включая собственную идеализированную сексуаль­ную функцию, в качестве партнера. Сходство таких отношений с гомосексуальными связями между взрослыми мужчинами яв­ляется лишь поверхностным. С метапсихологической точки зре­ния последние связи соответствуют заполнению какого-либо партнера объектным либидо, первые отношения являются нар-циссическими феноменами и принадлежат вместе с многими другими к шизоидным симптомам, которые появляются в пубер­татности. Они показывают, как глубоко заходит в отдельном слу­чае регрессия либидо, и мало что говорят о том, как сложится будущая любовная жизнь индивида.

**Реконструкции и прогнозы в области гомосексуальности**

Предшествующее исследование различных генетичес­ких ступеней дает поразительно мало опорных данных для про­гнозирования более поздней гомосексуальности. В полную про­тивоположность этому анализ взрослых гомосексуалистов не ос­тавляет никакого сомнения в том, что их (латентное или прояв­ляющееся) отклонение от нормальной сексуальной цели восхо­дит к инфантильным истокам и связано с судьбой прегениталь-ных частных инстинктов и ранних объектных образований. В пси­хоаналитической литературе мы находим в этой связи указания на следующие пункты, которые в реконструкции истории дет­ства таких пациентов оказываются патогенными:

1) конституционная предрасположенность, т.е. врожденная бисексуальность как основа гомосексуальности *[3. Фрейд.* Три очерка по теории сексуальности, 1905, особенно дополнитель­ные примечания 1915 г., Анализ фобии одного пятилетнего маль­чика, 1909; *Ф. Бем.* Статьи по психологии гомосексуализма. «Пси­хоаналитический журнал», № 6 за 1920 г., с. 297— 319; *Задгер.* Учение о половых извращениях, 1921; Д. *Брайн.* Бисексуальность. «Психоаналитический журнал», № 11 за 1930 г., с. 150—166; *Нун-берг,* 1947; *Гиллеспиэ.* Симпозиум по гомосексуализму. «Психо­аналитический журнал», № 45 за 1964 г., с. 203—209);

**767**

2) нарциссизм, побуждающий индивида выбирать сексуаль­ного партнера по своему подобию *{3. Ференци.* О роли гомосек­суализма в патогенезе паранойи. «Основы психоанализа», № 1 за 1911 г.; К нозологии мужской гомосексуальности (гомоэроти-ки). «Основы психоанализа», № 1 за 1914г.; *З.Фрейд.* К введе­нию нарциссизма, 1914; Ф. Бем. О двух типах мужского гомо­сексуализма, «Психоаналитический журнал», № 19 за 1933 г., с. 499—506);

3) оральные и анальные корни гомосексуализма (Ф. *Бем,* 1933; *Грете Бибринг.* Об оральном компоненте мужской инверсии, «Психологический журнал», № 25, 1940, с. 124—130; *Задгер,* Г921; *Б. Д.Левин,* 1933);

4) переоценивание пениса на фаллической фазе *(3. Фрейд,* 1909; *Задгер.* Сексуальная психопатия и внутренняя секреция, 1920; *Е.Джонс.* Фаллическая фаза, «Психоаналитический жур­нал», № 19, 1932г., с. 322—351; Б.Д.Левин, 1933; *Р. М. Ловен-штейн,* 1935; *О. Фенихель.* Символическое «тождество» девоч­ка-фаллос (греч. половой член), «Психоаналитический журнал», № 22, 1936 г., с. 299—314; *Ф.Паше.* Симпозиум по гомосексуа­лизму, «Психоаналитический журнал», № 45, 1964 г., с. 210—213);

5) чрезмерная положительная или отрицательная связь {лю­бовь или ненависть) с отцом или матерью *(3. Фрейд.* Три очер­ка по теории сексуальности, 1905, Из истории инфантильного невроза, 1918, О некоторых невротических механизмах при рев­ности, паранойе и гомосексуализме, 1922; *Задгер,* 1921; *Э.Вайс.* Об одной еще не описанной фазе развития догетеросексуаль-ной любви, «Психоаналитический журнал», № 11, 1925 г., с. 429— 443; Ф. Бем. О комплексе женственности мужчины, 1930, О двух типах мужского гомосексуализма, 1933; *Вульф.* Об одном случае мужского гомосексуализма, «Психоаналитический журнал», № 26, 1941 г., с. 105—121);

6) травматически влияющее наблюдение женских гениталий или наблюдения менструации *[Дали.* Менструационный комплекс, «Имаго», 14, 1928; *Иунберг,* 1947);

7) зависть к телу матери *[Ф. Бем,* 1930; *М. Кляйн.* Зависть и олагодарность в кн. «Духовная жизнь маленького ребенка», 1962);

. 8) ревность к младшим братьям, которые из соперников ста­новятся объектами любви *{3. Фрейд,* 1922; *Лагаш,* 1950), и т.д.

Допущения такого рода исходят из анализа взрослых невро­тиков, у которых связи между их прошлым и настоящим хоро­шо документированы посредством аналитического материала. Несмотря на это, эти открытия нельзя использовать в обратном

768

направлении, а именно для предсказания последующей гомосек­суальности там, где при наблюдении или анализе ребенка по­являются соответствующие факты. Шаткость любого прогноза можно проиллюстрировать на следующем примере.

При различных формах мужского гомосексуализма анали­тику посредством большого множества обследований хорошо ви­ден феминистически-пассивный тип. В проявляющемся внешне поведении такие мужчины привязаны к матери, не способны и не хотят сексуальной связи с женским полом и находятся в по­стоянном поиске мужского партнера, обычно из социально бо­лее низкого слоя, которые обладают такими физическими свой­ствами, как подчеркнуто мужской внешний вид, сила мускулов, сильное оволосение и пр. Реконструкция истории их детства в анализе показывает: страстное объединение с матерью в пери­од от оральной до вершины фаллической генетической ступени; сильную антипатию к женскому полу, обычно вследствие трав­матического открытия женских гениталий у матери или сестры; промежуток времени большого восхищения отцовским пенисом. Влияние этих элементов на формирование гомосексуальности является в таких случаях несомненным.

С другой стороны, те же самые психические факты можно найти не только в предыстории пассивно-феминистических го­мосексуалистов, но они также являются нормальным состояни­ем любого мужского развития. То же самое объединение с ма­терью, которое у более позднего гомосексуалиста увеличивает страх кастрации отцом и отбрасывает его на оральную или анальную ступень, является для нормального ребенка необхо­димой частью его положительного Эдипова комплекса и пред­вестником его последующей гетеросексуальное™. Открытие жен­ских гениталий, которое на всю жизнь отталкивает первых от женского пола, присутствует в нормальном ходе генетических событий. Оно естественным образом завершает фазу, на кото­рой ребенок приписывает всем людям обладание пенисом, и ос­тавляет после себя у мальчика обычно не более чем преходя­щее возрастание страха кастрация, которое наряду с этим спо­собствует усилению его защиты от женских побуждений, росту его гордости за собственную мужественность, его фаллическо­му зазнайству перед «кастрированными» девочками. Восхище­ние перед пенисом «большого» мужчины, которое овладевает любовной жизнью пассивно-феминистического гомосексуалиста, также само по себе является нормальной генетической ступе­нью в отношении к отцу. Различие заключается лишь в том, что

более поздний гомосексуалист на этом застревает и продолжа­ет наделять свои мужские объекты всеми признаками обожае­мой силы, величины и мужественности, в то время как более поздний гетеросексуальный индивид перерастает эту ступень, идентифицируется с отцом как с обладателем пениса и исполь­зует для себя самого отцовскую мужественность.

На основании этого примера мы видим, что описанные ин­фантильные элементы не определяют сами по себе последую­щую сексуальную идентичность и что только их дальнейшая судь­ба определяет гомо- или гетеросексуальность. Эта судьба зави­сит, однако, от множества сопутствующих обстоятельств, кото­рые нелегко установить в аналитической реконструкции и кото­рые не поддаются учету при прогнозировании. Внешние и внут­ренние, качественные и количественные влияния действуют вме­сте. Является ли объединение с матерью мальчика его первым шагом к мужественности или он будет вытеснять ради матери свои направленные на нее агрессивно-мужские стремления, за­висит не только от него самого, т. е. от силы его фаллической сексуальности, интенсивности его кастрационных страхов и же­ланий или от притягательной силы, исходящей от старых точек фиксации. Такую же большую роль играют позиция и действия матери. Не все равно, как она осуществляет на его оральной и анальной генетической Ступени кормление и воспитание опрят: ности; приветствует ли она его зависимость или гордится его растущей независимостью от ее забот; восхищается ли она его фаллической мужественностью или отклоняет его Эдипово сва­товство как непозволительное. Не следует также недооценивать значение временной последовательности событий. Встречающи­еся у любого ребенка травматические наблюдения, врачебные вмешательства и пр. действуют как угроза кастрации. Сила этих воздействий зависит от того, в какой момент времени они слу­чаются, они тем более усиливаются, если сочетаются с верши­ной фаллической мастурбации, отрицательным Эдиповым комп­лексом, усилившимся чувством вины и т. п. Кастрационные стра­хи и желания зависят, со своей стороны, от индивидуальной лич­ности отца, его строгости или снисходительности, его пригод­ности для роли мужского образца и пр. Там, где в семейном союзе нет отца (отсутствие, развод, смерть), для эдипального ре­бенка отсутствует также гарантия того, что его собственные сек­суальные стремления по отношению к матери не выйдут за оп­ределенные рамки. В фантазиях отсутствие отца обычно припи­сывается влиянию матери, т. е. ребенок считает, что мать уст­ранила отца из-за его агрессивной мужественности, и ждет та-

кого же наказания на основании своих собственных аналогичных желаний.

Влияния, которые воздействуют на сексуальное развитие, на этом еще не кончаются. Сюда присоединяются роковые проис­шествия, такие, как несчастья, совращения, болезни, потеря объек­та из-за смерти родителей, недоступность или отсутствие подхо­дящих гетеросексуальных объектов в окружающем мире пубер­татных субъектов и пр. События этого рода нельзя предвидеть. Они могут в любой момент времени задержать, изменить, повер­нуть в обратную сторону направление развития ребенка.

Чем больше количество воздействий, с которыми диагнос­тик должен считаться, тем безысходнее представляется предска­зание будущего развития в этой области.

**Сдерживающие и способствующие воздействия в развитии гомосексуальности**

Выгоднее отказаться от поиска инфантильных пред­варительных ступеней у взрослых гомосексуалистов и вместо этого проверить, какие нормальные генетические фазы способ­ствуют, а какие тормозят последующую гомосексуальность. Та­кое исследование основывается на предположении, что во все время детского роста оба сексуальных течения естественным образом находятся рядом друг с другом, борются за превосход­ство и попеременно извлекают преимущество из либидоносных позиций, которые имеют место в ходе развития.

С этой точки зрения следующие факторы можно отнести к способствующим гомосексуальности.

1. Врожденная бисексуальность, наделяющая всех индиви­дов мужскими и женскими свойствами и позволяющая им пред­лагать свои услуги мужским и женским любовным объектам или заполнять их как объект либидо. Появляющиеся в преэдипаль-ный период идентификации с обоими родителями действуют как усиление бисексуальной предрасположенности и создают кон­ституциональную основу для последующего воздействия других источников.

2. Первичный и вторичный нарциссизм, т. е. заполнение себя самого нарциссическим либидо. Пока выбор объекта в последу­ющем детстве соответствует этому образцу, будут позитивно за­полняться лица, которые в наибольшей степени похожи на са­мого ребенка (в том числе того же пола}. Отношения этого рода (нарциссического) характерны для латентного периода, предпу-бертатности и пубертатности.

3. Любовные объединения по типу поддержки и опоры, для которых пол объекта не входит в рассмотрение. Фиксация на этой ступени (фиксация на ухаживающей матери) имеет для жен­ского гомосексуализма большее значение, чем для мужского.

4. Либидонизация ануса и генетически обусловленные пас­сивные стремления анальной фазы, которые наделяют телесный фон мальчиков феминистическими установками.

5. Пенисовая зависимость как основа мужских идентифика­ций девочек.

6. Переоценивание пениса на фаллической фазе как основа мужской антипатии к беспенисовому («кастрированному») объек­ту любви.

7. Отрицательный Эдипов комплекс как нормальная «гомо­сексуальная» генетическая ступень.

В качестве сдерживания гомосексуальных воздействий и га­рантии нормальной гетеросексуальности можно назвать следу­ющие воздействия.

1. Либидо-экономический фактор, который на протяжении всего детства решает, какое из обоих сексуальных направлений имеет преимущество. Постоянно способствуют гетеросексуаль­ности, сдерживают гомосексуальность мужская фаллическая фаза и положительный Эдипов комплекс, которые ликвидируют воз­можные остатки анальной пассивности (и связанные с ней го­мосексуальные наклонности). Толчки, исходящие от генитальной сексуальности в период пубертатности, действуют в одном и том же направлении — гетеросексуальном.

2. Страхи кастрации, которые при определенных обстоятель­ствах вызывают отвращение к женскому полу и тем самым — гомосексуализм, при других обстоятельствах действуют в про­тивоположном направлении. Они ведут к защите пассивно-фе­министической установки к отцу (которая предполагает отрече­ние от пениса} или к чрезмерно агрессивному поведению «фаль­шивой мужественности» с подчеркнутым успехом у женщин и отрицанием любой возможности кастрации или феминистичес­ких побуждений.

3. Реакционные образования против анальности, в особен­ности отвращение, преграждают путь к явным гомосексуальным занятиям (но не к их латентным формам).

4. Стремление завершить ход развития и «биологический здра­вый смысл» *(Эдвард Бибринг.* К развитию и проблематике тео­рии инстинктов, 1936) действуют в пользу гетеросексуальности.

В целом соотношение сил между обоими стремлениями ко­леблется на протяжении всего детства вследствие внешних и

внутренних обстоятельств, обусловленных судьбой и развитием. Остается справедливым, что «решение об окончательных сексу­альных отношениях... наступает лишь после пубертатности» *{3. Фрейд.* 1905—1915).

**ДРУГИЕ ИЗВРАЩЕНИЯ, ОДЕРЖИМОСТЬ СТРАСТЬЮ**

**КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КАТЕГОРИИ В ДЕТСКОЙ КЛИНИКЕ**

Другими диагностическими категориями, которые нельзя применять непосредственно к детям, являются трансве­стизм (половое извращение, переодевание в одежду противопо­ложного пола), фетишизм и одержимость страстью.

Основания для этого очевидны, поскольку речь идет об из­вращениях. В то время как инфантильная сексуальность как та­ковая извращена полиморфно, не имеет смысла обозначать оп­ределенные сексуальные занятия ребенка как извращения, как это часто случается в детской практике. Очевидно, вопрос нуж­но поставить иначе. Для диагноза (и прогноза) важно знать, ка­кие частные инстинкты или какие их части грозят сопротив­ляться главенству генитальных зон и, следовательно, имеют пер­спективу заложить основу последующим извращениям взрослых.

Положение этого рода еще более усложняется тем, что сек­суальное поведение многих детей по проявляющейся клиничес­кой картине неотличимо от взрослых извращений; диагностик должен придерживаться метапсихологического разбор'а отдель­ных факторов, чтобы ясно видеть различия. Мы объявляем взрос­лого «извращенным», если генитальные зоны не играют ника­кой или играют только подчиненную роль в его сексуальной жизни, т. е. если в самом сексуальном акте п ре генитальные ча­стные инстинкты для него более значимы, чем вступление или сопутствующие явления к генитальному половому сношению. Дефиниция этого рода абстрактно неприменима до тех пор, пока не входит в рассмотрение половое сношение и прегенитальные зоны законным образом играют главную роль в сексуальной жизни. До пубертатности дети, следовательно, не могут быть из­вращенными (или извращены естественным образом), и мы дол­жны искать другие точки зрения, чтобы классифицировать из­вращенно появляющиеся симптомы в психоаналитически ори­ентированной психопатологии детства.

Клинические открытия указывают на то, что так называе­мая извращенная симптоматология ребенка может быть све­дена к двойственному отклонению от нормального процесса

развития, в частности, это отклонения, касающиеся временной последовательности и инстинктивной силы.

Мы находим нарушения во *временной последовательности.,* когда эрогенные зоны тела не переходят в доминирующую по­зицию в ожидаемой или соответствующей возрасту последова­тельности или их значение для инфантильной сексуальной жиз­ни слишком долго сохраняется, вместо того чтобы уступить свою роль следующей зоне. Такие явления, за исключением обычных регрессий, также нередки.

Примером здесь может служить развитие кожной эротики. В начале жизни кожная эротика имеет большое значение. При­ятное прикосновение матери к поверхности тела имеет для ре­бенка много значений. Оно либидонизирует отдельные части тела, помогает формированию тела-Я, повышает нарциссизм и одно­временно укрепляет объектное отношение между матерью и ре­бенком. Если удовлетворяются эти потребности, которые есте­ственным образом не длятся более первых двух лет жизни, из­меняется также и позиция кожной эротики, Если дети пред­почитают и на анальной или фаллической ступени приятное раз­дражение кожи всем другим удовлетворениям, в особенности если к этому времени сексуальное возбуждение ребенка уже нашло новые отводящие пути, мы смотрим на это уже другими глазами. Если, например, мальчик на эдипальной ступени воз­буждается посредством кожного контакта с матерью и отводит возбуждение в фаллической мастурбации, он подобен извращен­ному взрослому, у которого раздражение прегенитальной зоны ведет к генитальному оргазму.

Отклонения от обыкновенной силы инстинкта являются та­ким частым явлением, что более или менее находятся в рамках нормы. Каждый сексуальный частный инстинкт и каждая фор­ма агрессивности в любое время в детстве могут с какой-либо стороны усилиться и завладеть картиной инстинктивной жизни. В некоторых случаях такое явление обусловлено конституцио­нально, как, например, у детей алкоголиков, наркоманов или ма­ниакально-депрессивных больных, у которых на первом месте находятся оральные стремления; или у детей навязчиво невро­тических больных, у которых особенную роль играют анальные тенденции, которые затем вторично еще более усиливаются дей­ствиями родителей при воспитании опрятности. Влияния окру­жающего мира, такие, как неправильные воспитательные ме­роприятия, совращение, недостающая воспитательная помощь при овладении инстинктами, действуют в том же направлении.

Такое главенство определенного частного инстинкта над все­ми остальными, которое создает в детстве картину «извращения», чаще всего исходит из взаимодействия между влиянием окружа­ющей среды и внутренними факторами, как, например, особенная слабость инстанции Я по сравнению с инстинктом или, наоборот, особенная строгость Сверх-Я и возросшая защитная деятельность. Хороший пример последнего случая — мальчики, которые ведут себя как *фаллические эксгибиционисты* (а также оцениваются как таковые), однако поведение которых основано на защите страхов и желаний кастрации, а не служит — как у взрослых эксгибицио­нистов— получению сексуального удовольствия.

**Одержимость страстью в детстве (патологическое влечение)**

То, что выступает в детстве как «одержимость страс­тью» (и соответствует усилению оральных стремлений), касает­ся почти исключительно сладостей. Некоторые дети ведут себя по отношению к сладостям как одержимые страстью взрослые по отношению к алкоголю или наркотикам. Они чувствуют ту же самую непреодолимую потребность и используют свое удов­летворение тем же самым образом, как и взрослые, чтобы пода­вить чувство страха, пустоты, разочарования, депрессии и т. д. Как и взрослые, они готовы на все, чтобы удовлетворить свою страсть, т. е. они лгут, жульничают и пр., чтобы овладеть необхо­димыми сладостями.

Сходство между инфантильной и взрослой страстью, с другой стороны, лежит лишь на поверхности, т. е. в очевидном поведе­нии, а не на психологическом заднем плане. Инфантильная страсть к сладостям соответствует относительно простому, непосредствен­ному выражению орального частного инстинкта, чья сила в этих случаях посредством ранних переживаний (отказов и пр.) дости­гает максимума. Такое предпочтение оральному удовлетворению сохраняется и в последующей жизни, однако переключается обычно со сладостей на что-либо другое, как, например, особенное удо­вольствие при еде (гурманство), курение и пр. (Специфический случай: неумеренное питье воды.) В своей любовной жизни они ищут таких людей в качестве объектов, от которых могут ожидать утешения, помощи и поддержки во всех трудностях жизни.

Одержимость страстью взрослых другого рода, т. е. она яв­ляется высокоорганизованным симптоматическим образованием, которое, с одной стороны, поддерживается оральным желанием,

с другой стороны, пассивно-феминистическими и вредящими себе самому стремлениями. Для взрослого объект или субстан­ция, на которые направлена его страсть (например, алкоголь или наркотики), являются не только хорошими, доставляющими удо­вольствие и удовлетворение (как сладости для ребенка), но и одновременно повреждающими, ослабляющими, подавляющими, кастрирующими. Лишь слияние обоих противоположно направ­ленных желаний (силы и слабости, активности и пассивности, мужественности и женственности) образует действительную одер­жимость страстью к какому-либо объекту. Этому процессу мы не находим в детстве соответствующего эквивалента.

**Трансвестизм в детстве**

Так же как и патологическое влечение к сладостям, детский трансвестизм соответствует количественному развитию стремлений до тех пор, пока они не превосходят обычных раз­меров. В этих случаях усиление инстинкта касается либо мужс­кой, либо женской стороны детской личности.

Известно, что принадлежащие другому полу или взрослым части одежды имеют для ребенка особую привлекательность. «Переодевание» является излюбленной игрой, дающей детям воз­можность представить себя в роли отца или матери, брата или сестры и подражать их деятельности. Зонт, прогулочная трость или шляпа отца достаточны для воображения ребенка, чтобы пре­вратиться в отца; сумочка, туфли, губная помада то же самое делают в отношении матери, фирмы по производству игрушек выпускают шлемы для летчиков и полицейских, фуражки для кондукторов, наряд из перьев для индейцев, форму для меди­цинских сестер. Для детей одежда является магическим сред­ством для превращения в какой-либо желанный образец. Поло­вые различия играют при переодевании, по крайней мере для девочек, подчиненную роль по сравнению с различиями в воз­расте, положении, важности и т. д.

За исключением игры у девочек на ступени пенисовой за­висти, предпочтение мужской одежды является настолько рас­пространенным, что оно вызывает мало внимания. Родители бес­покоятся только тогда, когда девочка при любых обстоятельствах отказывается (а на самом деле не в состоянии) надеть женские платья (даже для детского общества или в качестве подруги). Но даже в тех случаях, где чрезмерно повышаются пенисовая зависть, желание мужественности или отвержение женственно-

сти, девочка в одежде мальчика еще не является тем же самым, чем взрослая женщина в мужской одежде.

Трансвестизм мальчиков не обусловлен теми же условиями. Согласно нашим современным представлениям (еще пятьдесят лет назад существовал обычай одевать маленьких мальчиков до двух или трех лет как девочек), женская одежда для мальчиков, как само собой разумеется, не пользуется уважением ни на ка­кой ступени развития. Где, несмотря на это, проявляются такие предпочтения, они вызывают опасения как вероятные предвест­ники более поздних сексуальных отклонений.

Сравнение подобных случаев (в диагностическом исследо­вании или аналитической обработке в госпитале детской клини­ческой терапии) дало возможность попытаться разобраться в скрытых причинах отклоняющегося от нормы поведения. Кли­нические находки у отдельных детей в общем согласовывались Друг с другом.

Симптом (предпочтение женской одежды) появляется, соглас­но этим исследованиям, между вторым и третьим годами жизни не изолированно, а одновременна с другими женскими манера­ми, как, например, открыто высказываемое желание быть де­вочкой, иметь имя девочки, играть с куклами и делить с ними другие игрушки девочек. Части одежды или нижнее белье, ко­торые мальчик находит и действительно надевает, принадлежат матери или сестре, возлюбленной девочке и т. д.; предпочитают­ся подчеркнуто женские, отделанные кружевами и т. п. части одежды и белья. Там, где такие вещи находятся вне пределов досягаемости, собственная одежда используется так, как будто она платье девочки (пояс, кофточка поверх одежды, затянутая талия). Некоторые дети открыто показываются в таком костюме, другие прячут части одежды, которыми они завладели, и наде­вают их лишь тайно в постели и т. д. Там, где родители прини­мают меры, ребенок или отказывается от своих действий, или находит им рациональные оправдания, или «душераздирающе плачет» (по сообщению одной матери), если он лишен возмож­ности осуществить свое намерение.

Сходство между внешними обстоятельствами отдельных слу­чаев не менее примечательно. Почти во всех рассматриваемых случаях матери или предпочитают дочь сыну, или перед рожде­нием ребенка надеялись, что родится дочка (или, по словам од­ного маленького пациента: «Мама не может переносить муж­чин, потому что она не может переносить папу»). Нередко ма­тери помогают мальчикам в их намерениях и покупают им женс­кую одежду («чтобы положить конец ссоре между детьми»).

В предыстории рассматриваемых детей часто встречаются пе­реживания расставаний и потери объекта (матери, какой-либо девочки и пр.).

Аналитический материал в качестве скрытого плана внешне наблюдаемого симптома дает множество мотивов: домогательство любви матери в роли предпочитаемой сестры; отказ от фалли­ческой мужественности «ради матери»; удержание на потерян­ном женском объекте любви посредством частичной идентифи­кации (свойств одежды).

Как и у девочек, у мальчиков речь также идет о количе­ственных изменениях в их либидной экономике. Лишь там, где женский компонент значительно усиливается, гордость за му­жественность, мужскую одежду и пр. может отойти на задний план так, что может появиться симптом. Где этого нет, появля­ются такая же ревность,к сестре, домогательство матери, иденти­фикация с ней и другие формы выражения.

Другой источник трансвестизма в поведении обоих полов — это, вероятно, фиксации ребенка на генетических ступенях, на которых он заполняет объект не целиком, а только его части, представляющие целое, на которые в результате легко перено­сится либидо: с тела (мужского или женского) на его внешние оболочки. Согласно Дж. К. Флюгель (1930), символика одежды восходит к этой фазе.

Вопрос, следует ли рассматривать детский трансвестизм как предвестник взрослого извращения, согласно этим соображени­ям, легко можно разрешить. Очевидно, это симптоматическое поведение ребенка в большинстве случаев не следует воспри­нимать иначе, чем другие компромиссные образования, которые основаны на конфликте между мужественностью и женствен­ностью. У девочек симптом связан с фазой пенисовой зависти и исчезает, когда она проходит, у мальчиков — с пассивной фе-министичностью анальной фазы, с отрицательным Эдиповым комплексом и соответствующими регрессиями. Поскольку транс­вестизм служит защите от страха (страха разлучения, страха по­тери любви, страха кастрации), ему нужно длиться не дольше, чем генетически обусловленному максимуму этих страхов.

Наряду с этим есть также случаи, когда инфантильный транс­вестизм не следует ни одной из упомянутых выше целей, а как носитель инфантильной сексуальности сопровождается всеми признаками сильного сексуального возбуждения. Симптом тог­да такой же, как взрослое извращение. (В анализе взрослых та­кие симптомы обычно можно свести к 3—5-му году жизни.) В этом отношении подвержены опасности, вероятно, те дети, ко-

торые занимаются трансвестизмом тайно, вечером, в постели. Диагностическое различие между более или менее безвредны­ми и опасными случаями нельзя, однако, провести непосред­ственно. Дети могут иметь также другие основания для своей таинственности, кроме скрывания сексуального возбуждения. Лишь там, где можно гарантировать, что мастурбация и эрек­ция сопровождают трансвестизм, мы должны принять, что пе­ред нами не преходящее явление, а длительный симптом, т. е. начало последующего извращения.

**Фетишизм в детстве**

Двусторонность кажущегося извращенным поведения как средства защиты и как выражения сексуальных потребнос­тей становится еще отчетливей там, где речь идет о «фетишиз­ме» детей. Эта тема нашла обширную разработку в психо­аналитической литературе (подробную библиографию см. у Ме-литты Сперлинг, 1963, «Фетишизм у детей»). Несмотря на неко­торые различия во мнениях, большинство авторов едины в том, «что детский фетишизм хотя и похож на взрослый», но так назы­ваемый фетишизм детей «принадлежит к процессу, который в некоторых случаях приводит к взрослому фетишизму, а в других нет» (там же). Вульф (1946) особенно защищает это мнение, когда говорит, что «эти патологические явления... на преэдипальном этапе не более чем реакции ребенка на ограниченные или не­удовлетворенные инстинктивные побуждения» или что «фетиши­стское поведение хотя и бывает частым у детей», основополага­ющие психологические отношения «отличаются, однако, от взрос­лого фетишизма». Высказывания обоих авторов (как и предше­ствующие рассуждения) не оставляют никакого сомнения, что нецелесообразно использовать одно и то же описание для детс­ких и взрослых форм проявления и тем самым создавать оши­бочное впечатление, что за одинаковыми внешними проявления­ми можно найти одинаковую метапсихологическую структуру.

Дети и взрослые имеют здесь общую тенденцию заполнять большим количеством нарциссического или объектного либидо определенные объекты, собственные или чужие части тела. На основе этого заполнения вещь (или часть тела) начинает играть роль частичного объекта (или объекта опорной потребности) и становится незаменимой для рассматриваемого индивида. В ана­лизе взрослых фетишистов обычно нетрудно найти бессознатель­ное значение фетиша. Фетиш многих мужчин — это символ во­ображаемого пениса фаллической матери, с которым связано

77Q

сексуальное возбуждение. Фетиш пассивных гомосексуалистов — это, как говорилось раньше, фаллос (пенис) отца, заменяющий собственную мужественность индивида. В последнем случае воз­можность сексуального возбуждения (и удовлетворения) также связана с видом фетиша, его поиски являются навязчиво-невроти­ческими, и там, где он недосягаем, гомосексуалист чувствует себя пустым, кастрированным и страдает от сексуальных лишений.

Фетиш взрослых не оставляет, стало быть, никаких сомне­ний в его значительной роли в их сексуальной жизни: он явля­ется несомненным центром, вокруг которого сконцентрированы все сексуальное возбуждение и все возможности его отведения. Иначе обстоят дела у ребенка, где объект фетиша может при­нимать самые различные значения и служить самым различ­ным целям Оно или Я в зависимости от достигнутой генетичес­кой ступени. Например, для грудного ребенка любой предмет (соска) или часть тела (палец) могут быть незаменимы и пере-полненны либидо при условии, что они выполняют две задачи: создавать оральное удовольствие и уменьшать страхи расстава­ния у ребенка (страх одиночества, страх потери любви) путем подтверждения ненарушимого доставления удовольствия. Согла­сно Вульфу (1946), значение фетиша заключается в это время в том, что он может напоминать «тело матери и в особенности материнскую грудь». Этот род фетиша замещается на следую­щей ступени каким-либо мягким предметом, игрушкой, подуш­кой, кончиком одеяла и пр., который заполняется нарциссичес-ким или объектным либидо и в качестве «переходного объекта» (Винникотт, 1953) создает мост между собственным телом ре­бенка и матерью как персоной внешнего мира. Согласно Вин-никотту, "ступень переходного объекта принадлежит «нормаль­ному эмоциональному развитию» и заложена в самом ребенке, а не в действиях матери. Согласно Мелитте Сперлинг (1963), речь здесь идет о «специфическом нарушении эмоционального развития и его патологическом проявлении», при котором вина ложится на бессознательные чувства и установки матери.

«Переходные» или «фетишизированные» объекты играют осо­бенную роль при вечернем засыпании, где они помогают ре­бенку отвлечь свой интерес от внешнего мира, т. е. подготавли­вают и делают возможным состояние сна. Многие дети не в состоянии заснуть и растеряны, если по какой-либо причине потеряны, находятся вне досягаемости и т. п. столь важные для них вещи. В таких случаях многие матери послушно идут на поиск этих вещей, чтобы положить конец плачу ребенка.

Мелитта Сперлинг спрашивает, каким образом «сам по себе не­нужный предмет может стать важнее, чем мать», и делает вы­вод, что такое смещение может происходить «не без инициати­вы со стороны матери». Используемый Винникотттом контрар­гумент более убедителен: переходный объект удовлетворяет и успокаивает ребенка на основе своего двойного заполнения, кото­рое дает ему возможность служить одновременно аутоэротизму и любви к объекту. Кроме того, переходный объект имеет пре­имущество в том, что он — в противоположность матери — не имеет собственной воли, не уходит и не приходит, что, за неко­торым исключением, не нужно бояться его потери. Утвержде­ние Сперлинг, что «мать служит причиной фетишистского по­ведения и вносит свой вклад в выбор фетиша», позволяет сде­лать вывод, что все усилия матери в этом отношении остались бы безуспешными, если бы обусловленные развитием постоян­ные смены аутоэротики, нарциссизма и любви к объекту не стре­мились в ребенке к такому выходу из положения.

Даже если не учитывать роль фетишизированного объекта для либидного развития, он имеет" много других связей с поли­морфно извращенной сексуальностью ребенка. Прикосновение, ритмическое поглаживание, теребение, потирание о его мягкую поверхность создает чувство удовольствия на коже (кожная эро­тика). Его запах, в особенности специфический, свойственный ему запах тела, доставляет удовольствие, которое принадлежит к анальной сфере; здесь есть также тесная связь с трансвес­тизмом, при котором используемые части одежды и белья дру­гого пола служат фетишем. Во время анального садизма необ­ходим переходный объект, т. к. полная эмоциональная амбива­лентность ребенка может быть на нем вымещена. Во время фал­лической фазы (Вульф, 1946} фетиш, наконец, перенимает роль пениса (собственного, отца или воображаемого пениса матери).

Насколько этот инфантильный псевдофетишизм является предвестником последующего извращения, сказать трудно. Ана­лиз взрослых фетишистов не оставляет сомнений в том, что их фетиш происходит из раннего детства и переходит из этого да­лекого периода без каких-либо изменений во взрослую жизнь. Нога или палец, определенная часть одежды, перчатка, опреде­ленный, исходящий от матери шорох сопровождают индивида на всем его жизненном пути как непременное предварительное ус­ловие для возникновения и отведения сексуального возбужде­ния. Наблюдение и анализ детей показывают, однако, с такой же уверенностью, что инфантильный фетиш встречается несравненно

7К1

чаще, чем взрослое извращение, что может лишь означать, что фетишизированное поведение детей связано с определенной ге­нетической ступенью и в большинстве случаев исчезает, когда ступень преодолена ребенком, т. е. он «вырос» из нее.

В качестве опорного пункта для различения между проходя­щими и длительными формами здесь также служит связанное только с фетишем сексуальное возбуждение, которое отсутствует там, где «переходный объект» служит Я и защитной деятельнос­ти. Фетиш, стоящий в центре инфантильной сексуальной жизни, имеет шанс сохраниться на всю последующую жизнь. Детские случаи этого рода нередко описываются в психоаналитической литературе (см.: Мелитта Сперлинг, 1963; А. Фрейд и С. Дан, 1951, описавшие мальчика четырех с половиной лет, потерявшего ро-дичглрй и попавшего в группу, который получал удовлетворение от навязчивого сосания, навязчивой мастурбации, аутоэротики и фетишизма. «Он выработал привычку сосать мочалки других де­тей, которые висят на крючках в ванной комнате, и концентри­ровал всю свою страсть на этом занятии... Мочалки были его фетишем. Во время сосания он имел обыкновение ритмично по­глаживать мочалкой свой нос, или брал в руки все шесть моча­лок одновременно, или сжимал их между коленями. На прогул­ках он едва мог дождаться возвращения домой, тут же устрем­лялся в ванную комнату с восторженным криком: "Мочалки, мо­чалки!" Его фаллическое возбуждение и фаллическая мастурба­ция были очевидны, фетиш сам по себе не был, однако, фалли­ческим символом. Те же самые мочалки теряли всю свою при­тягательную силу, если они были вымыты, т. е. не имели запаха. Можно лишь сделать вывод, что возбуждающее обстоятельство связано с запахом и, вероятно, с воспоминаниями о ранних ораль­ных удовлетворениях при грудном вскармливании»}.

**Прогностическое значение инфантильных извращений**

Исследования, о которых говорилось выше, призыва­ют аналитика быть осторожным в своих прогнозах. Частный ин­стинкт, который в одном из описанных отношений (временном или по силе) отклоняется от нормы, с одной стороны, еще мо­жет позднее попасть под господство генитальной зоны, а, с дру­гой стороны, может сохранить свое центральное положение и тем самым стать ядром последующего извращения. Его оконча­тельная судьба не решается до пубертатности и в конце концов зависит от следующих условий:

1) от соотношения сил между прегенитальными частными инстинктами и появляющимися в пубертатности генитальными

сдвигами;

2) от количества либидо, которое во время развития застрег вает на прегенитальных точках фиксации и ослабляет гениталь-ность посредством своей притягательной силы;

3) от соотношения сил между прогрессивными и регрессив­ными стремлениями, т. е. является ли желание стать большим сильнее, чем желание держаться за инфантильные источники

удовольствия; ■

4) от успеха или неуспеха первых генитальных объектных отношений пубертатных индивидов.

Ненадежность наших прогнозов увеличивается тем сильнее, чем больше количество воздействий, которые нужно принимать во внимание, и чем большее количество воздействий нужно при­нимать во внимание, тем больше значение этих воздействий за­висит не от их вида, а от масштаба заполнения (относительная инстинктивная сила и пр.).

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

*Адрианов О. С.* О теоретических аспектах онтогенеза мозга // физиол. журн. 1987. № 2. С. 184—188.

Анохин *П. К.* Очерки по физиологии функциональных систем.М.: Меди­цина, 1975.

*Анохин П. К.* Особенности афферентного аппарата условного рефлекса// Вопросы психологии. 1955, № 6.

*Анохин П. К.* Узловые вопросы теории функциональных систем. М.: На­ука, 1980.

*Арщавский И. А.* Физиологические механизмы и закономерности индиви­дуального развития. М.: Наука, 1982.

*Бадаляи Л. О., Заваденко И. Н., Успенская Т. Ю.* Синдромы дефицита вни­мания у детей // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 1993. № 3. С. 74—90.

*Баженова О. В.* Диагностика психического развития детей первого года жизни. М.: МГУ, [1987].

*Бардышевская М.* К. Возрастная динамика симптомов, сходных с аутисти-ческими, в поведении эмоционально-депривированных младенцев первых двух лет жизни//1 Международная конференция памяти А.Р. Лурия, 24—26 сентября 1997, тезисы докладов. С.8—9.

*Бернштейн И. А.* О построении движений. Медгиэ, 1947; М.: Наука, 1990.

*Бехтерева И. П.* Здоровый и больной мозг человека. Л.: Наука, 1988.

*Блейлер В.* Руководство по психиатрии. М., 1993.

*Блюм Г.* Психоаналитические теории личности. М., 1996.

*Богданов О. В., Медведева М. В., Василевский И. И.* Структурно-функцио­нальное развитие конечного мозга. Л.: Наука, 1986.

*Ботвиньев О. К.* Системный анализ связей между фенотипическими при­знаками и состоянием здоровья детей. Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 1985.

*Буторина И. Е.* Особенности нарушений психофизического развития де­тей от больных шизофренией родителей. Автореф. докт. дис. М., 1979.

*Быков В. М.* О синдроме трихотилломании у детей и подростков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1973. № 10. С. 1520—1523.

быков *К. М.* Избранные произведения. Т. II. М., 1954.

*Вайзман Н. П.* Психомоторика детей-олигофренов. М., 1976.

*Вейн А. М.* Психосоматические отношения. // А. М. Вейн (Ред.). Заболева­ния вегетативной нервной системы. М.: Медицина, 1991. С. 374—384.

*Велътищев Ю. Е., Дементьева Г. М.* Задачи неонатологии на современном этапе // Вопр. охр. мат. 1988. № 6. С. 7—12.

*Вилюнас В. К.* Психологические механизмы мотивации человека. МГУ.1990.

*Винникотт Д. В.* Пиглн. М.: Класс, 1999.

*Виноградова А. Л.* К вопросу о роли инфекционных заболеваний в разви­тии шизофрении. Труды II всесоюзного съезда невропатологов и психиатров.

*Виноградова О.* С, *Соколов Е. Н.* О зависимости ориентировочного реф­лекса от силы раздражителм//Воиросы психологии. 1955. № 2.

*Виноградова О. С.* О некоторых особенностях ориентировочных реакций на раздражители второй сигнальной системы у нормальных и умственно от­сталых школьников//Вопросы психологии. 1956. № 6.

*Винокурова А. И.* К вопросу о роли инфекционных заболеваний в разви­тии шизофрении. Труды II всесоюзного съезда невропатологов и психиатров.

***ш***

*Винокурова А. И.* О Dementia infantilis Деллера//Воиросы психоневроло­гии детей и подростков. М., 1936.

*Винокурова А. И.* Шизофренные психозы на почве конгенитального сифи­лиса у детей. М., 1935.

*Власова Т. А., Лебединская К. С.* Актуальные проблемы клинического изуче­ния задержки психического развития у детей//Дефектология. 1975. Вып. 6. С. 8.

*Волохов А. А.* Среда и развитие мозга // Вестн. АМН СССР. 1978. № 12. С. 49—53.

*Волохов М. И.* К вопросу шизофрении у детей// Журнал невропатологии и психиатрии. 1923.

*Воронцов И. М., Кельмансон И. А., Цинзерлцнг А. В., Иоакикова И. В.* Воз­можная гетерогенность механизмов синдрома внезапной смерти детей груд­ного возраста // Вопр. охр. мат. 1991. № 6. С. 21—28.

*Воронцов И. М.* К обоснованию некоторых общебиологических и частных подходов для формирования валеологических концепций в педиатрии и педо­логии // Методология и социология педиатрии: Сб. научн. трудов. СПб: Иэд-во СПбПМИ, 1991. С. 5—27.

Выготский *Л. С.* Избранные психологические исследования. М.: Изд. АПН РСФСР, 1956.

*Выготский Л. С.* Педология подростка. Учпедгиз, 1931.

Выготский *Л. С.* Педология школьного возраста. М.: Изд. Бюро заочного обучения при педфаке 11 МГУ. а

*Выготский Л. С.* Проблема развития в структурной психологии//В кн. К.Коффка. Основы психического развития. М.; Л., 1934.

*Выготский Л. С.* Собр. соч.: в 6 т. Т. 2, 6. М.: Педагогика, 1983.

Выготский Л. С. Стенограмма лекций по восприятию, 1932.

*Выготский Л. С. Лурия А. Р.* Этюды по истории поведения: Обезьяна. Примитив. Ребенок. М.: Педагогика-Пресс, 1993.

*Галацкая С.* Современное состояние вопроса о детской шизофрении// Советская педиатрия. 1935.

*Галацкая С.* Шизофрения у четырехлетнего ребенка//Советская психонев­рология. 1936.

*Гальперин П. Я. О* формировании чувственных образов и понятий. Мате­риалы совещаний по психологии. Изд-во АПН РСФСР, 1956.

*Ганнушкин П. Б.* Клиника психопатий. М., 1933.

*Гарбузов В. И.* К проблеме этиопатогенеза, клиники, психопрофилактики и лечения психосоматических состояний у детей и подростков //Психиатри­ческие проблемы педиатрии. Л., 1985. С. 62—68.

*Гарбузов В. И., Захаров А. И, Исаев* Д. *И.* Неврозы у детей и их лечение. Л., 1977.

*Гибсон Дж.* Экологический подход к зрительному восприятию. М.: Про­гресс, 1998.

*Гиляровский В, А.* Введение в анатомическое изучение психозов. М., 1925.

*Гиляровский В. А.* Введение к сборнику «Психопрофилактика и психоте­рапия детского возраста». М., 1929.

*Гиляровский В. А.* К клинике и психопатологии галлюцинаторных рас­стройств, развивающихся у шизофреников при лечении наркотическим сном// Журнал неврологии и психиатрии. 1939..

*Гиляровский В. А.* Психиатрия. М., 1954.

*Гольбин А. И.* Патологический сон у детей. Л.: Медицина, 1979.

*Горбачевская Н. Л. и др.* Электроэнцефалографическое исследование детской гиперактивности // Физиология человека. 1996. Т. 22. № 5. С. 49—55.

*Горюнова А. В.* Двигательные нарушения и их коррекция у детей из груп­пы высокого риска по развитию шизофрении в раннем возрасте // Журнал невропатологии и психиатрии. 1994. № 4.

*Граборов А. И,* Вспомогательная школа. Гиз, 1925.

*Гребельскаи Е.* К клинике ранних детских шизофрений//Вопросы пси­хоневрологии детей и подростков. 1934. Вып. 2,

*Грюссер О. Й., Зельке Т., Цинда Б. [Grusser O-J., Selke Т., Zinda В.)* Функ­циональная асимметрия мозга и ее значение для искусства, эстетического восприятия и художественного творчества//В сб. «Красота и мозги. М.: Мир, 1995. С. 265—299.

*Гуревич М. О.* Психопатология детского возраста. М., 1932.

*Давыдовский И. В.* Вопросы локализации и органопатологии в свете уче­ния Сеченова, Павлова. М., 1954.

*Дильман В. М.* Четыре модели медицины. Л.: Медицина, 1987.

*Држевецкая И,* А. Принцип системности и нейрогуморальной связи лак-тирующей матери и ее ребенка. Значение для постнатального развития // Возрастные особенности физиологических систем детей и подростков. М.: Ин-т физиологии детей и подростков АПН СССР, 1990. С. 90.

*Дробинская А. О.* Школьные трудности «нестандартных детей». М., 1993.

*Дробинская А. О., Фишман М. И.* Дети с трудностями в обучении (к воп­росу об этиопатогенезе) // Дефектология. 1996. № 5. С. 22—28.

*Жислин С. Г.* Об острых параноидах. М., 1940.

*Заваденко Н. Н., Петрухцн А. С, Соловьев О. И.* Минимальные мозговые дисфункции у детей. М., 1997.

*Заваденко Н. И., Успенская Т. Ю., Суворанова Н. Ю.* Диагностика и лече­ние синдрома дефицита внимания у детей // Журнал неврологии и психи­атрии. 1997. № I. С. 57—61.

*Занков Л. В.* Очерки психологии умственно отсталого ребенка. М.: Госу­дарственное учебно-педагогическое издательство, 1935.

*Занков Л. В.* Психология умственно отсталого ребенка. М., 1939.

*Запорожец А. В.* Развитие произвольных движений. М., 1960.

*Захаров А. И,* Психологические особенности восприятия детьми роли родителей//Вопр. психологии. 1982. Вып. 1, С. 59—68.

*Зейгарник Б. В.* Патопсихология. М.: МГУ, 1986.

*Земцова М. И.* Пути компенсации слепоты в процессе познавательной и трудовой деятельности. М.: изд. АПН РСФСР, 1956.

*Иванов-Смоленский А. Г.* О нейродинамической структуре эйдемическо-го и вербального бреда. Архив биологических наук, 1934. Т. 36. Сер. Б. Вып. 1.

*Иванов-Смоленский А.* Г. Очерки патофизиологии высшей нервной дея­тельности. М., 1949.

*Изард К. Е.* Психология эмоций. СПб.: Питер, 1999.

*Изард К. Е.* Эмоции человека. М.: МГУ, 1980.

Изучение и обучение детей с недостатками слуха//Известия АПН РСФСР/ Под ред. P.M. Боскис. 1961. Вып. 117.

*Исаев* Д. Н. Психическое недоразвитие у детей. Л., 1982.

*Исаев Д. Н.* Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Спе­циальная литература, 1996.

*Исаев Д. И., Ефремов К. Д- и Пукшанская С. М.* Клинико-психологическое и электрофизиологическое изучение детей с недоразвитием навыков чтения и письма//В кн.: I Всесоюзн. конф. по неврологии и психиатрии детского воз­раста. М., 1974. С. 120.

*Каган В. Е.* Аутизм у детей. Л., 1981.

*Каган В. Е.* Преодоление. Неконтактный ребенок в семье. СПб., 1996.

*Карганова А. Н.* Вопросы детской психоневрологии// В сб. трудов научно-практической конференции по психиатрии детского возраста. М., 1958.

*Касаткин Н. И.* Очерк развития высшей нервной деятельности ребенка раннего возраста. М., 1951.

*Кельмансон И. А.* Синдром внезапной смерти грудных детей; вопросы клиники, диагностики, эпидемиологии, распознавания риска и профилактики. Автореф. дис. д-ра мед. наук. СПб., 1994.

*Кириакиди Э.* Ф. Генотип-средовые соотношения в индивидуальности ребенка преддошкольного возраста. Канд. дис. М., 1994.

*Кляйн М. и др.* Развитие в психоанализе/Под ред. И. Ю. Романова. М., Академический проект, 2001.

*Ковалев В. В. и Кириченко Е. И.* О динамике речевых и психических нару­шений у детей и подростком с синдромом моторной алалии//Журн. невро­патологии и психиатрии. 1970. Вып. 10. С. 1561.

*Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста. М., 1979; 1995.

*Ковалев В. В.* Психический диэонтогенез как клинико-патогенетическая проблема психиатрии детского возраста//Журн. невропатологии и психиат­рии. 1981. Вып.10. С. 1505—1509.

*Ковалев В. В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний. М.: Медицина, 1985.

*Козлова И. А.* Аномалии характера в семьях больных детской шизофре­нией // Журнал невропатологии и психиатрии. 1986. №10.

*Козловская Г. В., Горюнова А. В.* Нервно-психическая дезинтеграция в раннем онтогенезе детей из группы высокого риска по эндогенным психичес­ким заболеваниям // Журнал невропатологии и психиатрии. 1986. № 10.

*Колоскова М. В.* Психическое развитие младенцев с повышенным риском заболевания шизофренией. Автореф. канд. дис. М., 1989.

*Кононова М.* Психологические данные при изучении вялотекущей шизоф­рении в детском возрасте//Совр. невропатология, психиатрия и психогигие­на. 1935. Т, IV. Вып. 5.

*Корнетов А. И., Самохвалов ti. П., Коробов А. А., Корнетов Н. А.* Этология в психиатрии. Киев: Здоров'я, 1990.

*Корсаков С. С.* К психопатологии микроцефалии//Вопросы философии и психологии. 1894.

*Корсаков С. С.* Курс педиатрии. М., 1913.

*Красногородский Н. И.* Развитие учения о физиологической деятельности мозга у детей. М., 1954.

*Красногородский Н. И.* Труды по изучению высшей нервной деятельности человека и животных. М., 1954.

*Крейслер Л.* Психосоматика *в* психопатологии младенчества//В книге «Мать, дитя, клиницист»/ Под ред. G. Fava Vizziello & D.N. Stern, M.: Россий­ская психоаналитическая ассоциация, 1994. С. 112—!45.

*Кречмер Э.* Об истерии. Гиз, 1928.

*Кудрявцева В. П.* К клинике своеобразной формы детского слабоумия (Dementia infantilis)//Bonpocbi психиатрии. Авторефераты работ Института психиатрии АМН СССР. 1945 — 1953 гг. М., 1956.

*Кудрявцева В. П.* Психические травмы в анамнезах у детей и подростков, больных шизофренией, и их отражение в клинической картине// Сб. Ши­зофрения у детей и подростков. М., 1959.

*Кудрявцева В. П.* Роль психогенного фактора н клинической картине пси­хотической вспышки у больных шизофренией с дефектом личности//Вопросы психиатрии. Авторефераты научных работ Института психиатрии Минздрава СССР. М., 1956.

*Кудрявцева В. П.* Структура психотической вспышки при психогении у больных шизофренией//Проблемы современной психиатрии. М., 1949.

*Ладыгина-Коте Н. И.* Дитя шимпанзе и дитя человека в их инстинктах, эмоциях, играх, привычках и выразительных движениях. М., 1935.

*Лангнейер Й., Матейчек 3,* Психическая депривация в детском возрасте. Прага, Авиценум, 1984.

*Лапланш Ж., Понталис Ж.-П,* Словарь по психоанализу. М., 1995.

*Лебедев С. В., Козловская Г. В.* О совершенствовании организационных форм профилактики неврозов у детей (по данным эпидемиологического об-следования)//В кн.: «Всесоюзная конференция по организации психиатри­ческой и неврологической помощи детнм». М., 1980. С. 24—26.

*Лебединская К. С, Никольская О. С.* Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение, 1991.

Лебединская К. С, *Никольская О.* С, *Баенская Е. Р., Либлинг* М. М, *Ульяно­ва Р. К., Морозова Т. И.* Дети с нарушениями общения. М.: Просвещение, J989.

*Лебединский В, В.* Задачи патопсихологической диагностики в детском возрасте//В сб. «О диагностике психического развития личности». Таллин, 1974.

*Лебединский В. В,* К нейропсихологической классификации двигательных персевераций//В сб. «Функции лобных долей мозга». М.: Наука, 1982.

*Лебединский В. В.* Роль асинхронии развития в формировании патопси­хологических симптомов при ранней детской шизофрении//Вестник МГУ. Сер. 14. «Психология». 1980. № 1.

Лебединский *В. В., Марковская И. Ф., Фишман М. Н., Трут В. Д.* Нейропси-хологический анализ детей с минимальной мозговой дисфункцией//В сб. «А. Р. Лурия и современная психология». М., 1982.

Лебединский *В. В., Новикова В. Ю.* Формирование понятий у детей, боль­ных шизофренией (на материале задач Пиаже)//Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1975. № 11.

*Лебединский В. В., Спиваковская А. С, Раменская О. Л.* Патопсихологичес­кая структура игровой деятельности детей, больных шизофренией/Дефекто­логия. 1974. № 4.

*Лебединский В. В.* Детский аутизм как модель психического дизонтогене-за//Вестник МГУ. Сер. 14. «Психология». 1996. № 2.

*Лебединский В. В.* К проблеме формирования уровней системы эмоцио­нальной регуляции//Вестник МГУ. Сер. 14, «Психология)». 1998. № 4.

Лебединский *В. В,* Нарушения психического развития у детей. М., 1985.

*Лебединский В, В.* Некоторые актуальные проблемы детской патонсихоло-гии//Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1971. №6.

Лебединский *В. В.* Проблема развития в норме и патологии//! Междуна­родная конференция памяти А.Р. Лурия, 24—26 сентября 1997, тезисы докла­дов. М., 1998.

*Лебединский В. В., Никольская О. С, Баенскан Е. Р., Либлинг М. М.* Эмоци­ональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М., 1990.

*Лебединский В. В., Шахнарович А. М.* К проблеме развития речи в онтогене-зе//В сб. «Проблемы психолингвистики». Инст. языкознания АН СССР, 1975.

7ЙЯ

*Левина Р. Е.* К психологии детской речи в патологических случаях. М., 1936.

Ленина *Р. Е.* Нарушения письма у детей с недоразвитием речи. М.: изд. АПН РСФСР, 1961.

*Ленина Р. Е.* К психологии детской речи в патологических случаях (авто­номная детская речь). М.: Издание Экспериментального дефектологического института, 1935.

*Леонтьев А. Н,* Проблемы развития психики. М.: МГУ, 1972.

*Лисина* М. *И.* Проблемы онтогенеза общения. М.: Педагогика, 1986.

Личко Л. *Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Ме­дицина, 1983.

Личко *А. Е.* Подростковая психиатрия. Л., 1979.

*Лоренц К.* Оборотная сторона зеркала. М.: Республика, 1997.

*Лубовский В.* И. Некоторые особенности высшей нервной деятельности детей-олигофренов//Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка. Том 1. Изд-во АПН РСФСР, 1956.

*Луковцева 3.* Нарушения развития у недоношенных младенцев. Диплом­ная работа. Руководитель Л. Л. Баз. 1998.

1 Лурия *А. Р.* Восстановление функций мозга после военной травмы. М., изд. АМН СССР, 1948.

*Любомирский* Л. *Е.* О критических и сенситивных периодах развития моторики // Возрастные особенности физиологических систем детей и подро­стков. М.: Ин-т физиологии детей и подростков АПН СССР, 1990. С. 178—179.

Мох-Вильям с *Н.* Психоаналитическая°диагностика. М., 1998.

*Марциновская Е. Н.* Исследование отражательной и регулирующей роли второй сигнальной системы в дошкольном возрасте//Труды кафедры психо­логии Московского государственного университета. М.: МГУ, [1956].

*Мастюкова Е. М.* Клиническая диагностика в комплексной оценке психо­моторного развития и прогноза детей с отклонениями в развитии // Дефек­тология. 1996. № 5. С. 3—10.

*Мещеряков А. И.* Об участии прошлого опыта в выработке новых связей у человека//Вопросы психологии. 1955. No 3.

*Мещеряков А. И.* Участие второй сигнальной системы в анализе и синтезе цепных раздражителей у нормального и умственно отсталого ребенка//Про-блемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка. Т. I. Изд-во АПН РСФСР, 1956.

Миллер С. Психология игры. СПб.: Университетская книга, 1999.

*Мнухин С. С.* О временных задержках, замедленном темпе умственного развития и психическом инфантилизме у детей. Л., 1968.

*Мнухин С. С.* О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // Тр. Резидуальные нервно-психические расстройства у детей / Под ред. С. С. Мнухина. Т. 51. Л.: Ленинградский психиатрический институт, 1968,

*Мнухин С. С, Исаев* Д. *Н.* Об органической основе некоторых форм ши­зофрении или аутистических психопатий // Актуальные вопросы клиничес­кой психопатологии и лечение душевных заболеваний / Под ред. А. В. Снечи-невского. М.: Медицина, 1969.

Монахов *К. К.* Значение ЭЭГ в изучении психической деятельности в норме и патологии // Физиология человека. 1981. № 5. С. 771—783.

*Морозов Г. В.* Особенности клиники шизофреническою процесса в под­ростковом возрасте. Докт. дис. М., 1949.

*Морозова Н. Г.* Формирование интересов у детей в условиях нормального и аномального развития. Докт. дис. М., 1967.

*Мэгун Г.* Бодрствующий мозг. М., 1965.

*Наенко Н. И.* Психическая напряженность. М.: МГУ, 1979. *Народицкая Г. Д.* О некоторых особенностях нейродинамики детей-шизо­фреников // Труды 1-й московской психиатрической больницы. М., 1938. Т. 1. *Никитина Г. М.* О критических периодах раннего функционального онто­генеза мозга человека // Развивающийся мозг. М. : Ин-т мозга ВНЦПЗ АМН СССР, 1987. Вып. 16. С. 74—79.

*Никитина Г. М.* Основные теоретические подходы к изучению функцио­нальной организации мозга развивающегося мозга человека//В кн. «Мозг и поведение младенца». Институт психологии РАН, 1993. С. 7—29.

*Никольская О. С, Баевская Е. Р,, Либлинг М. М.* Аутичный ребенок. Пути помощи. М., 1997.

*Новикова Л. А.* Исследование электрической активности мозга олигцфре-нов//Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка. Изд-во АПН РСФСР, 1956. Т. I.

*Новлянская К.* К вопросу о роли преморбидной личности при вялотекущих формах пубертатной шизофрении/УСовременная невропатология, психиатрия и психогигиена. 1935. Т. IV. Вып. П.

*Новлянская К. А.* К проблеме физиогенного и психогенного в картине истерии//Невропатология и психиатрия. 1936. № 11.

*Озерецкий И. И.* К вопросу о шизофрении у детей//Вопросы детской психоневрологии. 1924. Вып. 1.

*Озерецкий Н. И.* Психопатология детского возраста. Л., 1938.

*Озерецкий Н. И.* О патологическом развитии и психопатиях в детском возрасте. Учпедгиз, 1934.

*Орбели Л. А.* Лекции по физиологии нервной системы. М.; Л., 1953.

*Осипов В. П.* Руководство по психиатрии. М.; Л., 1931.

*Осипова Б. А., Шур И. Г.* Клинико-психопатические особенности шизофре­нии, протекающих на органически дефектном фоне//Совр. невропатология, психиатрия, психогигиена. 1935. Т. IV. Вып. 11.

Основы обучения и воспитания аномальных детей. М.: Просвещение, 1965.

*Осорина М. В.* Секретный мир детей в пространстве мира взрослых. СПб.: Питер, 1999.

*Оудсхоорн Д. Н.* Социальная и клиническая психиатрия. М., 1993.

*Павлов И. П.* 20-ти летний опыт непрерывного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животньцс. Изд. АМН СССР, 1951. Т. III. Кн. 2.

*Павлов И, П.* К физиологии и патологии высшей нервной деятельности. Издательство Правды, 1949.

*Павлов И. П.* Проба физиологического понимания истерика. М.; Л., 1932.

*Павлов И. П.* Физиология и патология высшей нервной деятельности. Госмедиздат, 1930.

*Певзнер М. С.* Дети-олигофрены. АПН РСФСР. М., 1959.

*Певзнер М.* С. Клиника психопатий в детском возрасте. Учпедгиз, 1941.

*Платонов К. К.* Система психологии и теория отражения. М.: Наука, 1982.

*Попов Е.* А. Некоторые патофизиологические основы характера психоастени-ка//Труды конференции, посвященной проблеме неврозов. Петрозаводск, 1956.

Прейер В. Душа ребенка. СПб., Рябченко, 1891.

Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка/Под ред. Лурия А, Р. Т. 1, 2. М., 1956, 1958.

Рабинович. К вопросу о некоторых особенностях течения шизофрении в пубертатном возрасте//Совр. невропатология, психиатрия и психогигиена. 1934. Т. III. Вып. 7.

*Pay H.A.* О творческих играх глухонемых школьников//Сб. трудов НИИ спец. школ АПН РСФСР. Л., 1947. Т. VI.

*Pay Ф. Ф.* Обучение глухонемых произношению. М.: изд. АПН РСФСР, 1960.

*Рейковский Я.* Экспериментальная психология эмоций. М., 1979.

*Римашевская Н. В.* Психические расстройства и особенности развития у детей раннего возраста из группы высокого риска при шизофрении. Авто-реф. канд. дис. М., 1989.

Роль среды и наследственности в формировании индивидуальности че­ловека / Под ред. И. В. Равич-Щербо. М., 1988.

*Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии. М., 1948.

*Сандлер Дж., Дэйр К.* Психоаналитическое понятие оральности/УЭнцик-лопедия глубинной психологии. М., 1998. С.587-598.

*Сегаль Ю. Е.* Выработка рефлексов и дифференцировок у олигофренов// Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1927. № 5.

*Сеген Э.* Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственна ненор­мальных детей. Изд. Лихтенштадт, 1903.

*Селье Г.* Очерки об адаптационном синдроме. М.: Медгиз, 1960.

*Селье Г.* Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1982.

*Сергиенко Е. А.* Антиципация дискретных и непрерывных стимулов в раннем онтогенезе // Психол. журн. 1987. Т. 8. № 3. С. 77—86.

*Сергиенко Е. А.* Генезис элементарных форм антиципации // Психол. журн. 1988. Т. 9. Nb 6. С. 73—82.

*Симонов П. В.* Мотивированный мозг.1 М.: Наука, 1987.

Симеон *Т. П.* К клинике шизофрении раннего детского возраста//В книге: «Современные проблемы шизофрении». М., 1933.

*Симеон Т. П.* Катастрофически текущая форма шизофрении в детском воз-расте//В сборнике: XXXV лет научной деятельности Г. Н. Сперанского. М., 1934.

*Симеон Т. П.* Начальные симптомы шизофрении раннего детского возра-ста//Советская психоневрология. 1935. № 6.

*Симеон Т. П.* Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. М., 1958.

*Симеон Т. П.* Психоневрология детского возраста. М.; Л.: Биомедгиз. 1935.

*Симеон Т. П.* Расщепление психики при шизофрении раннего возраста// Сборник в честь Геймановича. 1939.

Симеон *Т. П.* Шизофрения раннего детского возраста. М.: Изд. АМН СССР, 1948.

*Симеон Т. П., Кудрявцева В. П.* Динамика шизофренических симптомоком-плексов//Труды психиатр, клиники 1-го ММИ. М., 1934.

*Симеон Т. П., Кудрявцева В. П.* Клиника шизофрении дошкольного возра-ста//Советская психоневрология. 1934. №5.

*Симеон Т. П., Кудрявцева В. П.* Клиника, этиология и патогенез шизоф­рении у детей и подростков//В сборнике: Шизофрения у детей и подрост­ков. М., 1959.

*Симеон Т. П.* Невропатии, психопатии и реактивные состояния младен­ческого возраста. Государственное медицинское издательство, 1929.

*Сканави Е. Е.* Ипохондрические состояния у детей и подростков// В сборнике «Вопросы детской психиатрии»/Под ред. Сухаревой Г. Е. М., 1940. С. 77—112.

*Соколова И. Д.* Особенности игровых действий умственно отсталых до-школьников//Дефектология. 1971. №2. [

*Соловьева 3. А.* К вопросу о негативной фазе развития в пубертатном воз-расте//В сб.: «Вопросы психоневрологии детей и подростков». Т. III. M., 1936.

*Соловьев-Элпидинский И. М. О* так называемом психическом насыще­нии у умственно-отсталых детей//В сб. «Умственно отсталый ребенок». Уч-гиз. М., [1935].

*Сосюкало О. Д., Ермолина Л. А. и др.* Клинико-эпидемиологическая харак­теристика деаиантного поведения у подростков. //Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1990. №8. С. 50—52.

*Стерн В. [Штерн В.)* Психология раннего детства до шестилетнего возра­ста. Пг., 1922.

*Стреляу Я.* Роль темперамента в психическом развитии. М: Прогресс, 1982.

*Судаков К. В.* Системные механизмы эмоционального стресса. АМН СССР. М; Медицина, 1981.

*Сухарева Г.Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Том 2. М.: Медгиз, 1959.

*Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Том 1. М.:Медгиз, 1955.

*Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Том 3. М.: Медицина, 1965.

*Сухарева Г. Е.* К проблеме структуры и динамики детских конституцион­ных психопатий // Журн/неврол. и психиатр. 1930. № 6. С- 21—36.

*Сухарева Г. Е.* Клиника шизофрении у детей и подростков, 1937.

*Сухарева Г. Е.* Особенности течения шизофрении в детском возрасте// В сб. «Современные проблемы шизофрении». 1933.

*Сухарева Г. Е., Коган.* Прогностика детских и пубертатных шизофрении// Современная психоневрология. 1933. №6.

*Сухарева Г. Е., Коган.* Резидуальные состояния при бурно протекающих формах шизофрении, ремит- и интермитирующего типа//Совр. невропатоло­гия, психиатрия и психогигиена. Вып. 2. 1935.

*Сухарева Г. Е., Шур И. Г.* Клинико-психопатологические особенности шизофрении//Совр. невропатология, психиатрия и психогигиена.

*Тайсон Ф., Тайсон Р.* Психоаналитические теории развития. Екатеринбург: Деловая книга, 1998.

*Tpayromm Н. Н.* О сензорной афазии и алалии. Дис. Л., 1946.

*Трошин Г.* Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей. Том И. Б. м. Б. г.

Ухтомский *А. А.* Доминанта как рабочий принцип нервных центров//В кн.: Ухтомский А. А. Собр. соч. Т. 1. Л.: Изд-во ЛГУ, 1950. С. 163-172.

*Ушаков Г. К.* Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973.

Филимонов - Z. Neur., 88, 1924

*Филимонов -* Z. Neur., 115, 1928

*Флейвелл Д. X.* Генетическая психология Ж. Пиаже. М., 1967.

*Фрейд А.* Норма и патология детского развития//В кн. «Детская сексу­альность и психоанализ детских неврозов». СПб.: Восточно-Европейский ин­ститут психоанализа. 1997. С. 217—362.

*Фрейд 3.* Печаль и меланхолия//В кн. «Влечения и их судьба». М., ЭКС-МО-ПРЕСС, 1999. С. 151 — 176.

*Хайнд Р.* Поведение животных. М.: Мир, 1975.

*Харлоу Г., ХарлоуМ., Суоми С.* От размышления — к лечению//Наука и жизнь. 1975. № 2. С. 80-87.

*Хейер С.* Схизофрения у детей и подростков//В сб. «Шизофрения». Вып. 2. 1934.

*Хомская В.* Д. Динамика латентных периодов двигательных реакций у детей. Доклады АПН РСФСР. 1956. Вып. 1.

*Хомская Е.* Д. Исследование влияния речевых реакций на двигательные у детей с церебрастенией.

*Хомская Е.* Д. К вопросу о роли речи в компенсации двигательных реак-ций//Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка/Т. I. Изд-во АПН РСФСР, 1956.

*Хрипкова А. Г., фарбер* Д. А. Основные направления исследований физи­ологии развития ребенка. Итоги и перспективы // Физиология человека. 1983. Т. 9. № 1. С. 3—24.

*Цикото Г. В.* Роль игры в развитии наглядно-образного мышления ум­ственно отсталых школьников//Сб. «Специальная школа». Вып. 3.

*Чехова А, И.* Течение шизофренического процесса, начавшегося в детском возрасте. М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1963.

*Чупин Г, Т.* Клинические предпосылки применения психотерапии для устранения вредных привычек, вызывающих зубочелюстные деформации. // Дис. канд. мед. наук. Львов, 1972.

*Шевченко С. Г.* Вариативные нормы образования детей с трудностями в обучении // Дефектология. 1996. № 1. С. 17—25.

*Шевченко Ю. С, Данилова Л. Ю.* Исследование терапевтической эффек­тивности анафранила при эндогенных депрессиях и трихитилломании, начав­шейся в детском и подростковом возрасте. // Журнал невропатологии и пси­хиатрии им. С. С. Корсакова, № 3. С. 61—68.

*Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В.* Семейная психотерапия. Л.: Медицина, 1990; СПб.: Питер, 1999.

Экспериментальная психология//Редакторы-составители П. Фресс, Ж. Пи­аже. Вып. 5. М.: «Прогресс»,1975.

*Эльконин* Д. *В.* Детская психология. М., 1960.

*Эриксон Э.* Детство и общество. СПб., 1996.

*Эфроимсон В., Блюмина М.* Генетика олигофрении, психозов, эпилепсии. М., 1978.

*Юркова И. А.* Клинические особенности олигофрении после родовой травмы//В кн.: Психические нарушения при органическом заболевании го­ловного мозга. М., 1958.

1. *Никитина Г. Н.* Мозг и поведение младенца. М., Институт психологии РАН, 1993, стр. 7—29. [↑](#footnote-ref-1)
2. *Воронцов И. М., Кельмансон И. А., Цинзерлинг А. В.* Синдром внезапной смертности грудных детей. СПб., 1995, стр. 186—191. [↑](#footnote-ref-2)
3. *Ретардация* (от *лат.* retardatio) — замедление (примеч. *ред.).* 1 [↑](#footnote-ref-3)
4. *Рефлюкс* — передвижение жидкого содержимого полых органов (пище­варительных, мочевыводящих и др.) в обратном (антифизиологическом) направлении, например забрасывание желудочного содержимого в пищевод *[примеч. ред.).* [↑](#footnote-ref-4)
5. Мухамедрахимов *Р. Ж.* Мать и младенец: психологическое взаимодей­ствие. СПб., 1999, стр. 130—146. [↑](#footnote-ref-5)
6. *Харлоу Г., Харлоу М.г Суоми С.* Заменители матерей. Наука и жизнь, 1975, № 2, стр. 80—87, перевод с английского Л. Малаховского. [↑](#footnote-ref-6)
7. Психоанализ в развитии. Сборник переводов. Составители А. П. Поршенко, И.Ю. Романов. Екатеринбург, 1998, стр. 59—107. [↑](#footnote-ref-7)
8. Устную помощь в работе над моим вкладом в этот том мне оказала Лола Брук, моя подруга, которая очень внимательно и детально изучала ру­копись и сделала множество полезных замечаний, касающихся как фор­мулировок, так и организации материала. Я очень признательна ей за ее неослабевающий интерес к моей работе. [↑](#footnote-ref-8)
9. В разделе «Заметки о некоторых шизоидных механизмах», в котором дан­ный предмет рассматривается значительно более подробно, я упоми­наю, что заимствовала у Фейберна термин «шизоидная» в дополнение к моему собственному термину «параноидная позиция». [↑](#footnote-ref-9)
10. В работе «Торможения, симптомы и тревога» (1926) Фрейд констатиро­вал, что «неразрывность между внутриутробной жизнью и самым ран­ним детством значительно сильнее той впечатляющей цезуры акта рож­дения, в которую нам предлагается поверить». [↑](#footnote-ref-10)
11. Этот абзац отсутствует в версии 1971 г. [↑](#footnote-ref-11)