

**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. Цинзерляг*

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. Шниц*

ПОВЕДЕНИЕ ДЕПРИВИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ.....

*Р. А. Шниц, 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.....
А. 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.....
В. 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<sup>1</sup>**

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

<sup>1</sup> Никитина Г. Н. Мозг и поведение младенца. М., Институт психологии РАН, 1993, стр. 7—29.

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 обуславливается необходимостью кардинального вопроса нейробиологии — 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 дифференцировками, 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 обуславливает переход от одного возрастного периода к последующему, а изменение самого развивающегося организма, его морфофункциональных систем требует новых условий среды и обуславливает 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 иллюстрирует 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. Готлибом (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.

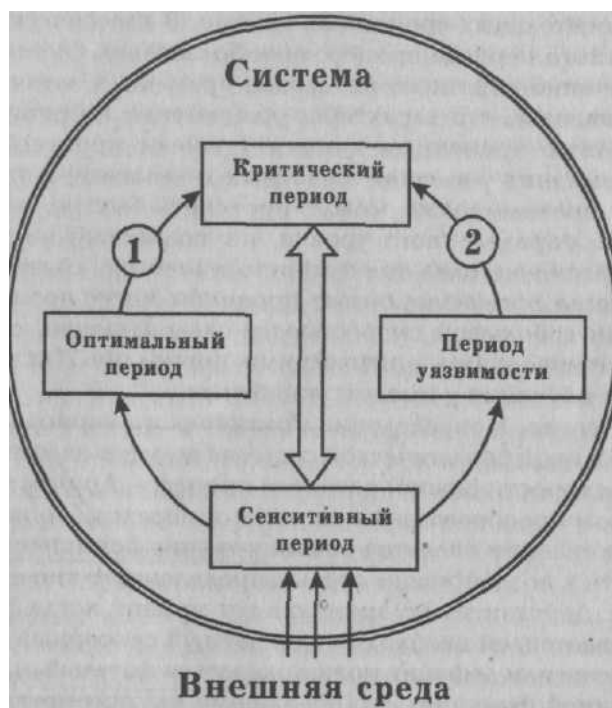


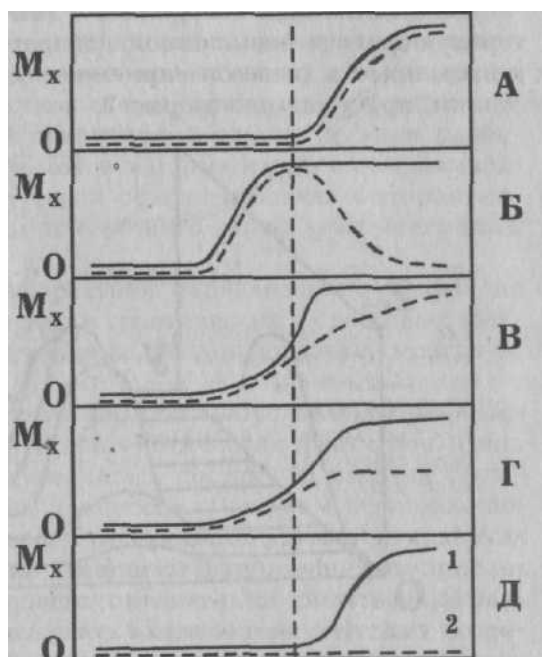
Рис. 1. Схема, иллюстрирующая возможные варианты развития системы в критическом сенситивном периоде в зависимости от генетических и средовых факторов (составлена по данным J. Scott, 1975).

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, Dummaris, 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.

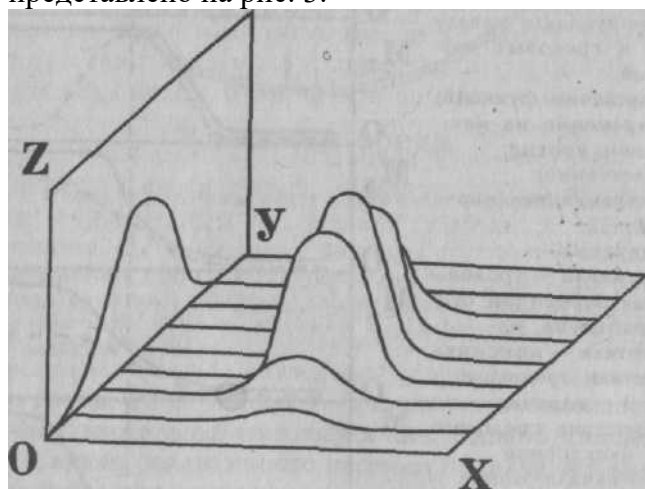


Рис. 3. Схема сенситивного периода, отражающая зависимость от возраста избирательной чувствительности перцептивной системы к воздействиям, входящим в генетически специфичный диапазон «приемлемых» средовых входов. По осям: X — последовательность доступных средовых входов, Y — возраст, Z — чувствительность 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<sup>1</sup>

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 новорожденности можно считать сочетание явных признаков соматической ретардации<sup>2</sup> 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 клинко-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,

<sup>1</sup> Воронцов И. М., Кельмансон И. А., Цинзерлинг А. В. Синдром внезапной смерти грудных детей. СПб., 1995, стр. 186—191.

<sup>2</sup> Ретардация (от *lat.* retardatio) — замедление (примеч. ред.). 1



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<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>**

**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).

<sup>1</sup> *Рефлюкс* — передвижение жидкого содержимого полых органов (пищеварительных, мочевыводящих и др.) в обратном (антифизиологическом) направлении, например забрасывание желудочного содержимого в пищевод (*примеч. ред.*).

<sup>2</sup> Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. СПб., 1999, стр. 130—146.

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 поддерживать 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 просит 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 поведение 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 обуславливают 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). Десятимесечные 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 играют 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 недепрессивных 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 недепрессивными 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 большому 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<sup>1</sup>**

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 обезьянki 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, обезьянki 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

<sup>1</sup> Харлоу Г., Харлоу М., Суоми С. Заменители матерей. Наука и жизнь, 1975, № 2, стр. 80—87, перевод с английского Л. Малаховского.



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,



Рис. 3

не кормивших их молоком, проволочным суррогатом, 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 ее и тем ослабить свое чувство страха или неуверенности (рис.5).

Впоследствии мы имели возможность вновь и вновь убедиться в той очевидной истине, что любой сколь угодно 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.

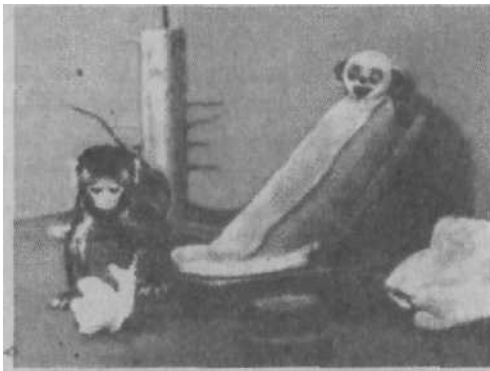


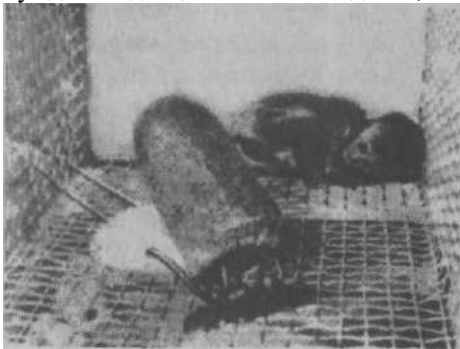
Рис. 4



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 «общегития» 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 «общегития» 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 «общегития» 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, попадающих 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, сразу же после родов отношение матери к старшему детенышу становилось отрицательным. Она не позволяла к себе приближаться, не давала дотрагиваться до сосков и непрерывно 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 взвращался.

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.

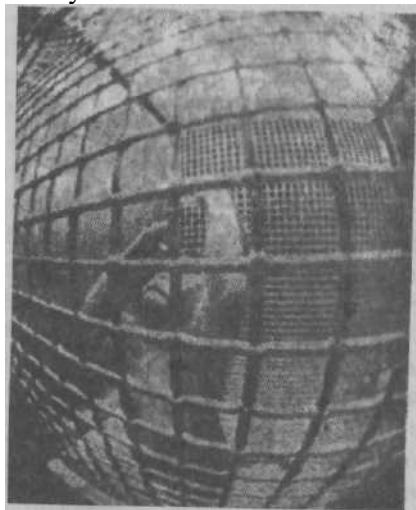
В разгар этих обреченных на неудачу попыток мы вдруг обнаружили, что у нас уже есть десятки ненормальных обезьян. В течение ряда лет мы тщательно изучали влияние среды, окружающей обезьянку в раннем возрасте, на ее способности к научению в будущем. С этой целью мы каждый раз использовали группу обезьян, 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 острове 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, воспитываемая 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 воспитываемой в изоляции обезьяны к научению можно было измерять с помощью специальных датчиков.

Обезьяны, проведенные 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 другу 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 «безматерной 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 жестокостях, 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, чмокание 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**

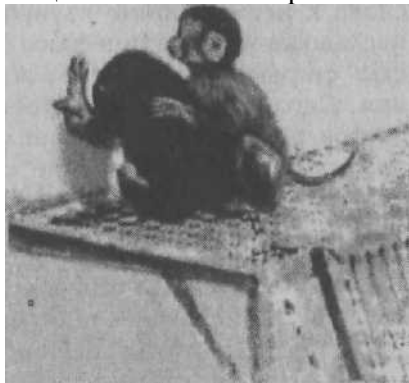
Следующим закономерным шагом наших исследований был поиск способов излечения депрессивного состояния наших животных.

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 жестокому нападению. 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 «безматерные 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 «лекарством» 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 «лекаршей» 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 рассадил их по одной в клетки особой конструкции, которые могут служить и для жилья и для нашего исследования. В каждую клетку к ним посадили 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. 10

## 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<sup>1</sup>

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<sup>2</sup>.

### ПЕРВЫЕ ТРИ ИЛИ ЧЕТЫРЕ МЕСЯЦА ЖИЗНИ (ПАРАНОИДНО-ШИЗОИДНАЯ ПОЗИЦИЯ)<sup>3</sup>

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

<sup>1</sup> Психоанализ в развитии. Сборник переводов. Составители А. П. Поршенко, И.Ю. Романов. Екатеринбург, 1998, стр. 59—107.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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».

внешним миром<sup>1</sup>.

Таким образом, вероятно, боль и дискомфорт, переживаемые младенцем, так же как и утрата внутриутробного состояния, воспринимаются им как нападение враждебной силы, иначе говоря, как преследование<sup>5</sup>. 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 либидинозными и агрессивными импульсами, аналогичное слиянию инстинкта жизни и инстинкта смерти<sup>6</sup>. 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-

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

<sup>6</sup> 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.: Лаплани 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 младенца<sup>7</sup>.

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,

<sup>1</sup> 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».



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 уретральные и анально-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» грудью<sup>8</sup>.

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 интернализованных объектов, прежде всего частичных объектов, является, на мой взгляд, базисом для ипохондрии. Я выдвигала это предположение в своей книге «Психоанализ 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 обособливает 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, направленная 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 амбивалентность<sup>9</sup>. В течение первых нескольких месяцев жизни такие состояния интеграции кратковременны. На этой стадии способность Эго к достижению интеграции, естественно, все еще очень ограничена, 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 либидо<sup>10</sup>. 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».

<sup>10</sup> 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 шизоидных<sup>11</sup> 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.

### III

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-

<sup>11</sup> 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. Основным источником 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 фактором<sup>12</sup>. 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, обособливать либидо и агрессию, невелики<sup>13</sup>.

Сейчас я хотела бы обратиться к той роли, которую играет проекция в превращениях тревоги преследования. В других работах я описывала<sup>11</sup>, 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-

<sup>13</sup> По контексту моего высказывания (как здесь, так и в предыдущих работах), вероятно, заметно, что я не согласна с концепцией Абрахама о преамбивалентной 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 «вампироподобному» 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.

<sup>14</sup> 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 ощущения<sup>1</sup> 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 объекту<sup>15</sup>.

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

<sup>15</sup> 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 интроецируются и формируют ядро Супер-Эго. Расщепление, всемогущество, идеализация, отрицание 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 ограничена. 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:

- a) 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 фантазматической 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 года 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 интернализированных 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 невозполнимой 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 пищи<sup>16</sup>, 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 позиции<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> 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.

<sup>17</sup> 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 успокаивающую 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 реинтроецирует 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 восстанавливаться<sup>18</sup>.

Он чувствует, что все шаги в развитии, все его новые достижения доставляют удовольствие окружающим его людям и что таким образом он выражает свою любовь, уравнивая 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-

<sup>18</sup> 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-четыре-х 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 меланхолии<sup>20</sup>.

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

<sup>20</sup> 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 удастся. 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 комплекса<sup>21</sup>. 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 пенис<sup>22</sup>.

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-

<sup>21</sup> 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».

<sup>22</sup> 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». Такие 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, \*тго 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 сношении<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> 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 перевода 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 силу<sup>24</sup>.

Эти достижения тесно связаны с депрессивной позицией. У обоих полов страх утраты матери, первичного любимого объекта, иначе говоря, депрессивная тревога, содействует возникновению потребности в заместителях. 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.

<sup>24</sup> 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 как 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 внезапно<sup>25</sup>.

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

<sup>25</sup> m

И тем 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 внешних 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 ситуации<sup>26</sup>, а также оказывают влияние на либидинозное развитие.

Генитальные желания, направленные на обоих родителей, иницирующие 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 либидинозным желаниям и стимулируют дальнейшее либидинозное

<sup>26</sup> 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 либидинозного 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 жизнестроения 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 прегенитальной 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 генитальные 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 либидинозные), 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 активность<sup>27</sup>.

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

<sup>27</sup> Я вынуждена воздержаться здесь от детального описания путей, которыми символическое образование с самого начала сложным образом 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).

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 фобий входят как тревога преследования, так и депрессивная тревога. Фобии включают в себя сложности в кормлении, равог postumus, 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 фобии<sup>28</sup>. 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 детей<sup>29</sup>.

См. «Психоанализ детей».

Мой 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 обсессивные 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 отрицание<sup>30</sup>.

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-

<sup>30</sup> 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 фантазматическую 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»<sup>31</sup>.

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 репарации<sup>33</sup>.

Признание того, что у ребенка существует потребность в овладении навыками чистоты, тесно связанная с тревогой в вине, 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 устраненный вред, нанесенный в фантазиях, а также оберегает, восстанавливает и воскрешает объект.

Обсессивные механизмы образуют важную часть Эго-развития. 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 защит<sup>33</sup>.

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.

<sup>33</sup> «...На будущее мы должны иметь в виду возможность того, что вытеснение является процессом, который имеет особое отношение к генитальной 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 интернализованы, 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 интроекции 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, обуславливающим 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 нездоровую 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 поддерживать 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 постоянное 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 аналитик склонен подкреплять позитивный перенос, он избегает того, 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 удастся 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 неописуемо 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 меланхолией».

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 другие — не количественные — 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; предрешение депрессивной позиции подразумевает, что в этой борьбе (которая возобновляется с каж-Дыгм 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 персекуторной<sup>2</sup> тревоги. Это чувство, что мать всемогуща 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 нападков 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

подд<sup>с</sup>р<sup>живае</sup>т 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.

### III

0

Одним из главных производных способности к любви 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 обкраденности.

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 МЕХАНИЗМЫ<sup>1</sup>**

**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 расщеплению между всемогущим 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 путаница<sup>2</sup>. 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 заместитель 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 матери<sup>3</sup>. 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 сиблингов<sup>4</sup> 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 промискуитету<sup>5</sup>. 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

<sup>2</sup> См.: Розенфельд. Заметки по поводу состояния спутанности у хронических шизофреников (1950).

<sup>3</sup> См.: «Развитие психоанализа», глава VI.

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

<sup>5</sup> 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 *je* 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 ссылаюсь<sup>6</sup>. 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 неприменимо или применимо в меньшей степени к отношениям с идеализированным объектом. Из-за властного и насильного собственности 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,

<sup>6</sup> 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 Розенфельд<sup>7</sup> 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 преследуемости, 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 лечении<sup>6</sup>.

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 указывала<sup>9</sup>, 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 различие и нарушают успешное расщепление между хорошей и плохой грудью; это подкрепляет спутанность младенца. Я считаю очень существенным проследивание 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.

<sup>9</sup> 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 приемом 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 жизни<sup>10</sup>. 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 obsessive механизмы и организация Эго осуществляется при доминировании анальных импульсов и фантазий [примеч. автора].

**Д. Винникотт**

**ИДЕИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ<sup>1</sup>**

**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 ограничены. 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 допускается 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 раскачиванием, биением головой, навязчивым сосанием пальца и т. д., а в дальнейшем *pseudologic fantastica* (патологической лживостью) и воровством.

<sup>1</sup> Текст опубликован в сборнике работ автора *The psycho-analytical explorations*, C. 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 прегенитально-му 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 перелagается "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 ФЕНОМЕНЫ<sup>1</sup>**

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 ОБЛАДАНИЕ<sup>2</sup>**

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 по: 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, p. 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 творческой<sup>3</sup> активностью и проекцией того, что уже было интроецировано, 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, находится 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-

<sup>3</sup> Здесь и далее под первичным творчеством (primary creativity — созидательность, 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 различие между апперцепцией и перцепцией<sup>4</sup>. Я сейчас ограничиваю 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 иллюзорных 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 внутриспсихическим 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 декатектированным<sup>5</sup>) так, что с ходом лет он становится не столько забытым, сколько низведенным до заброшенности. Я подразумеваю, что в норме переходный объект не «уходит внутрь» и чувства к нему не подлежат обязательному вытеснению. Он не забывается, и о нем не скорбят<sup>6</sup>. 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

<sup>5</sup> Лишиться заряда инстинктивной энергии.

<sup>6</sup> 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 — заместитель, 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 материала<sup>7</sup>. 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 Choice 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 Wulff'a до того, как написал свою, и для меня было громадным удовольствием и поддержкой обнаружить, что коллега уже раньше считал 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 трудностей<sup>8</sup>. 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 стезка. 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 определено, 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-четырёхлетнего возраста, и он помнит заглубившее 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
Близнецы	Дев.	0	пустышка	ослик (друг)	поздняя зрелость
	мал.	0	«Ее»	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 одиннадцатилетний 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 Ангус 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 развиваться 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<sup>4</sup>. 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).

10Q

Для младенца нет никакой возможности перейти к принципу реальности от принципа удовольствия или достигнуть и продвинуться по ту сторону первичной идентификации<sup>10</sup> (см. Freud, 1923)<sup>11</sup>, если у него нет достаточно хорошей матери<sup>12</sup>. 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 потребностям<sup>13</sup> 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:

<sup>10</sup> 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}.

<sup>11</sup> См. также Freud (1921).

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> 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 грудью<sup>14</sup>. 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 сформировать<sup>15</sup> 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

<sup>14</sup> 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 Мелани Кляйн и Анны Фрейд. Единственное оставшееся различие — во временных периодах, являющееся на самом деле незначительным расхождением, которое само по себе исчезнет с ходом времени.

<sup>15</sup> *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.

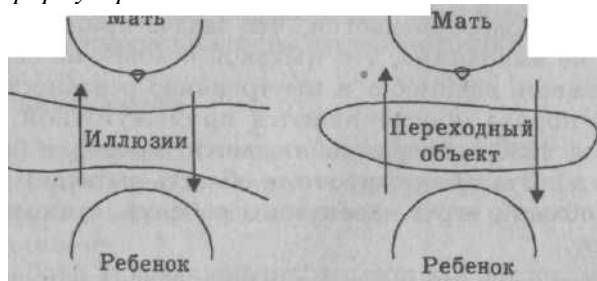


Рис. 1

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 выполняема, 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 позволяют 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<sup>1</sup>.

#### **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 приспособливаться 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.

---

<sup>1</sup> Этот абзац отсутствует в версии 1971 г.

Обычно переходный объект младенца постепенно декатектируется, 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 психопатологии<sup>17</sup>:

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. .

<sup>17</sup> Последующий текст отсутствует в версии 1971 года.

**А. Фрейд**

### **ДЕТСКАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ПРЕДУСЛОВИЕ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ВЗРОСЛЫХ<sup>1</sup>**

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 стадий<sup>2</sup> 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 астении* и для детей, и для 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.

Экзгибиционизм, 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 связанной 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 нарциссизма<sup>3</sup> 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



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 теплоте 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 кровати: 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 приходится 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.: А. 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 в период отнятия от груди или отучения 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 каннибалистских 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 возраст<sup>3</sup>.

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;

<sup>3</sup>) *детские неврозы*.

**О. Крейслер**

## **ПСИХОСОМАТИКА В ПСИХОПАТОЛОГИИ МЛАДЕНЧЕСТВА<sup>1</sup>**

### **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 ней 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 аутоагрессивные навязчивости.

### IV. Умственно-душевные расстройства:

Дефицитарные синдромы: дебилность, 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 заурадных, 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 полугодия жизни. Боли в животе.

Запор. Понос.

Колиты. Раздражимость ободочной кишки. Ректоколит. 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 экономику<sup>2</sup> 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<sup>TM</sup>, 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.

Идиопатические<sup>3</sup> 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.

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

<sup>3</sup> 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**

а) Влияние через взаимодействие (взаимодействие с психосоматическим риском).

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

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

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

#### **II. 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 Р. 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 фантазматического<sup>4</sup> 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, руминация<sup>5</sup>, 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 парэкситации<sup>6</sup> — функции, посредством которой организм предохраняется от поступающих из внешней среды

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

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

<sup>6</sup> *Paré* — *excitation* (букв. «предохранитель от возбуждения»). Ср. *parachute* (парашют, «предохранитель от падения»), *parapluie* (зонт, «предохранитель от дождя») и т. п.

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 сверххранная 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**»<sup>7</sup>. Некоторые из них достаточно определены, 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 соотносятся 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. distortio — 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 ней 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, поражающее многих наблюдателей патологии у самых маленьких детей (DebrayR., 1987).

По мере накопления нашего опыта находила подтверждение 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. Lorigod, 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 мерицизме<sup>в</sup>, 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 иступленный поиск отношен-ческой привязки, однако не есть ли

это, скорее, признак эмоциональной пустоты, нежели эмоциональной жадности? Эта пустота — результат отсутствия прочной интроекции материнского *imago*.

*Мерицизм* — 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 соматизации — 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 нарциссические изъязнения. 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 изъязнения 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 — семиологические 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 отреагируются непосредственно, без контроля и проработки путем мен-тализации. Один из поведенческих аспектов патологии был детально рассмотрен на примере нанизма<sup>9</sup>, вызываемого психологическим страданием; речь идет об отклоняющемся пищевом поведении и особых нарушениях сна. Powell описал любопытные недифференцированные булимии и полидипсии<sup>10</sup> 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 уязвимости<sup>11</sup>.

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 изъязнений 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 взаимодействующие 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 наклепленным 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

<sup>11</sup> В новой «Французской классификации детских психических расстройств» (Mises R., Jeammettial F. Classification française des troubles mentaux de l'enfance, 1988) пограничные патологии отнесены к «расстройствам личности помимо невроза и психоза» в подразделе «нарциссические и/или аналитические патологии, хронические депрессии, заброшенность» в качестве фона таких синдромов, как мерицизм и нанизм, вызванных психологическим страданием (Kreislér 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 нарциссических типов поведения. Один из них особо изучен в психосоматической клинике (A. Dingli<sup>12</sup>), а именно господство «идеального Я». В противоположность «идеалу Я», возникающему в самых утонченных инстанциях, «идеальное «Я» отображает нарциссическое всемогущество наподобие детской мегаломании<sup>13</sup>.

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 цивилизационных 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.

<sup>12</sup> Dingli A. Le Moi idéal 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 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 младенцев<sup>4</sup>**

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 Р. Marty эссенциальной 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 подострое<sup>15</sup> 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, лишаящая малыша вкуса к общению и к жизни.**

Уточнение семиологии<sup>16</sup> 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 анорексии, 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 гиподисфункции-

<sup>15</sup> 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.).

<sup>16</sup> 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. Распознавание этих обстоятельств — ключевой момент лечения.

Погружение матери в депрессию резко, поистине мутационно 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 аномальные 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 замедлился 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 попадает 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 эссенциальной 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 <sup>16]</sup>  
(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, сверххранное 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 (Kreislner, 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 Р. 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.**

### **III**

#### **ПЕРВООСНОВЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Различные отправления младенца, сопряженные с психосоматическим риском, а также взаимодействующая 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 vécu 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,

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 кинестетические, 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 частичны и ограничены известными пределами. Вот они: — лабильность и относительная асинергия действий, связанных с «компетенцией», на протяжении первых недель жизни;

— совпадение автоматических действий, подчиненных нейробиологическим 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 Р. 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 различие 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 без подключения отца. Так, действительная или фантазматическая безотцовщина занимает свое место в психосоматической клинике детей-астматиков.

1 fi.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** включает 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 разворачивания 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-  
«Уждавшейся 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 гипореактивность).

**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 вне-

шним 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, серьезные, сдержанные, однако не грустные и не безразличные.

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 тона; 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 носительницами<sup>17</sup> одновременно соматических, психологических, реактивных и взаимодейственных специфических качеств.** Термин «векторные» предложил M. 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 M. 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 нехоти 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 трактовался 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 взаимодействующая «компетенция», они жаждут общения, ими движут интенсивные эмоциональные потребности.

Эти особенности наблюдаются не только при колике и других коликах 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 колики. 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 колики. Наряду с болями в позвоночнике и головными болями от напряжения они относятся к патологии гипертонуса. Кстати, боли в 173

позвоночнике нередко сочетаются с коликой. Р. Marty разглядел у больных коликой 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, колики, 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 предтретичном возрасте с многочисленными продолжениями вплоть до зрелости. Патологии напряжения свойственно приступообразное развитие.

#### **Гиперреактивность Линия пассивности**

Соматическое проявление гиперреактивности 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 взаимодействующих 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 является 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 депривирующие 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. Познавательное в этом отношении недавнее исследование ИПСО, проведенное в сотрудничестве с онкологами<sup>18</sup>.

### 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

<sup>18</sup> *Cl. 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 обуславливаться 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 ДНЯ<sup>1</sup>**

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. М., 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 — и в 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 симбиотических, 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 стабильность<sup>2</sup>. 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 драматического конца удастся 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 Клайн о депрессивной позиции означает нечто похожее на то, что здесь излагалось.

101

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, катamnестически 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 интрапсихического опыта до начала развития речи и ранней активации интрапсихических 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.

<sup>1</sup> 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). Нейропсихологическая 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 мотивационные системы, тесно связаны с фиксацией памяти об интернализированном 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 высокодифференцированные 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 раз-

вития 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 деятельности, 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 рефлексy 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 высокодифференцированных 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, организуемых 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 интернализированных (внутренних) объектных отношений и организации либидинального 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

197

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 интернализированными 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 себя 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 интерсубъективности, 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 активизирует посредством проективной идентификации, узнает о мире интернализированных 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 интрапсихическую 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 мотивационной системой в том смысле, что они находятся в центре любого из бесчисленных конкретных удовлетворяющих или фрустрирующих переживаний младенца при взаимодействии с окружающей его средой. Аффекты связывают ряды недифференцированных Я- и объектрепрезентаций 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 вождением 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 ДЕТЕЙ<sup>1</sup>**

Проводя наблюдения младенцев, страдающих «больничным синдромом»<sup>2</sup>, 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, глаза 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 РАССТРОЙСТВА<sup>1</sup> 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 роддоме. <sup>без</sup> 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. Срыгивание 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 ПОПУСТИТЕЛЬНОСТЬ (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»<sup>2</sup>. 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 Финкельштейном (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, избыток 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 недовольства, 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 рефлексy: 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 восьмимесечных 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 в<sup>0</sup> 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, заболевшие 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 при 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 психофизиологической сфере функционирования младенца, а именно в проявлениях тревоги восьмимесечных, было выявлено статистически достоверное различие между обеими группами. У детей, страдавших экземой, тревога восьмимесечных 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 восьмимесечных 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 восьмимесечного 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 имеющие 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 кровати 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 столк-

нуться, 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 позволяют 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 катектические 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 аллопластическую 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 перцептов. 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-атировал* 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 ребенка<sup>3</sup>.

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 вливая 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 кинопленьки.

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 во- зилась 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 высказывал 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 гениталиями<sup>4</sup>. 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.

<sup>4</sup> 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 аллопластическими 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 ранее, 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,<sup>1</sup> 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 либидинизируются. 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. Внутритрубочное 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 особом роде 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 отстающими. 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 <sup>Нарциссический</sup> 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 реконцентрации, 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. Копрофагическое 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 16 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 адрес 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, <sup>Третий</sup> 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 не удивительно; 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? <sup>1</sup>**

#### **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.

<sup>1</sup> 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 приемных 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 исследователь сравнивал группу из ста тринадцати детей в возрасте от одного до четырех лет, из которых почти все провели свою жизнь в одном из двенадцати приютов, 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. Насколько 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 весит меньше нормы и часто заражаются. Общее развитие явно нарушено.

Можно задать вопрос: 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 «заместителя». 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-четырёх 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 беспокоит. 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 к «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, соглашались 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 <sup>5</sup>возрастной период благоразумным и внимательным отношением 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 никогда 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 ВОЗРАСТА<sup>1</sup>**

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 — 1½ месяца и не представлявших трудностей в своем поведении, внезапно, чаще всего в возрасте между 2½—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 кровати 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, переключают 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-

<sup>1</sup> 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 неизменной).

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 2½ 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 говорить<sup>3</sup>. 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 олигофренический 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 смышленного: 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 тремор 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 7 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 интересовалась 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 cerea*. 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 вверх предметов. В такой 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 продвигает регресс через стадию коротких фраз и отдельных слов к слогам, звукам и полнейшему замолканию. Качество процесса (расщепление) и прогредиентность позволяют без труда поставить диагностику шизофрении, текущей в катастрофическом темпе.

**Нинель В., 3<sup>1/2</sup> 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 не 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 2<sup>1/2</sup> лет стала еще более интравертирована; 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. Эхолалия: 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 концу 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 моментов 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. Удастся 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 2V<sub>7</sub> лет уменьшается направленность на окружающую реальность — появляются симптомы расщепления и регресс речи. Все упомянутые явления позволяют без труда поставить диагноз бурно деструктирующего 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 прогрессивным 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 предшкольного 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-

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-надл<sup>сжа</sup>щих к шизоидному кругу, нами встречалось несколько реже и в менее сгущенном виде, чем в формах, дающих более медл<sup>енн</sup>ое 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, рисуящий нам чаще вполне благополучное (реже относительно благополучное) развитие ребенка в первые месяцы и годы жизни с последующей деградацией, катастрофически наступающей чаще всего в 2 $\frac{1}{3}$  — 3 года, сам по себе уже противоречит допущению олигофрении, при которой (Вейгандт) нередко 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 lues<sup>1</sup> 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 сохранныости, 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 $\frac{1}{2}$

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 неотягощена. 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, выжидая 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 стационарирована 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 шизофренической сущности.

Судьба детей, страдающих с ранних лет жизни катастрофически текущей формой шизофренического процесса, единообразна. Им недоступна даже вспомогательная школа (группа имбецилов). Им не удастся 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 ДИЗОНТОГЕНЕЗА<sup>1</sup>**

Г. Е. Сухарева (1959) с позиций патогенеза нарушений развития личности различает три вида психического дизонтогенеза: 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 постнатальных воздействий, обуславливает 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 постнатального 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), при 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 церебрастеническими) и энцефалопатическими (психопатоподобными, эпилептиформными 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 *дефицитарное 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-<sup>1</sup>х 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 коррекционной 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 дизонтогенеза 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 обуславливает 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 «олигофренический 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 ПСИХОПАТИЙ<sup>1</sup>**

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 группировки психопатий положил клинико-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 конституцией 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-

<sup>1</sup> 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 нервные, 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.

Озерский 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 синдромологический 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 склонности 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 незначительна. 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 <sup>в</sup> 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 из 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 гипогенитальном 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 какое-то нерезко выраженное плюригландулярное (связанное с разрастанием небных 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 гипопиза 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 инфантизмом. 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 может 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 в этих формах среда и условия воспитания играют очень большую роль в формировании патологической личности.

К этой группе психопатий относят: 1) личности с выраженными расстройствами темперамента, с резкими колебаниями

аффективного тонуса — аффективные психопатии (циклотимические 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 вариантов 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 проявлений 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, склонность 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 нарушением 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 приспособляются 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 предлагается 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 3½ 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 3½ 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, склонность 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, грацильности 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, <sup>Не</sup> укладывающихся в одну из этих трех групп.

Преимущество данной группировки нам представляется в том, что она приближается к патогенетической и позволяет ближе 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 ликворобращения). 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 из 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 «инфантилизации» 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 РЕБЕНКА<sup>1</sup>** **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

<sup>1</sup> Занков Л. В. Очерки психологии умственно отсталого ребенка. М., 1935 г. 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»<sup>2</sup>.



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 запечатления, 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.

ий\*

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 устойчивость<sup>3</sup>.

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 отношения 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. Справедл<sup>ивость</sup> 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 повышенной 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 (E. 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 Соллье (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, рефлексy, 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 действие 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. Степень, 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 действия и, наконец, продуцируют волевой акт. Слабые мотивы обуславливают вялость хотения — поэтому в реакциях дебилов, не относящихся к их эгоистическим стремлениям, отсутствуют та сила и то значение, какие являются предпосылкой успешного действия. 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, своеобразие. 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 последствие 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, корнящимися 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<sup>ожено</sup> 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: *или—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 дифференцированы<sup>4</sup>, 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 дифференцированности. 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 самостоятельными частями одного динамического целого (см. фигуру I на рис. 1).

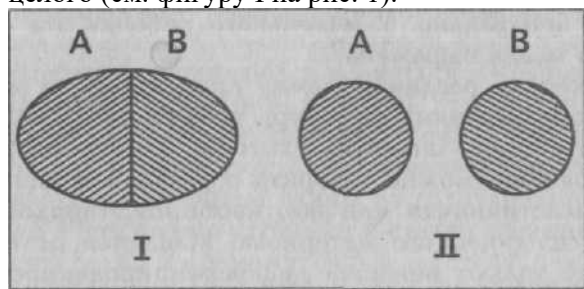


Рис. /

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 целые<sup>1</sup>, 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 недифференцированность. 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.<sup>1</sup> 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, вялостью 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 волевою 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 неподвижности системы личности. Это единство объяснения, которое необычайной

прямолинейностью применяется к самым разнообразным фактам, подкупает своей целостностью и стройностью<sup>Т<sub>к</sub>></sup>. 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 лет<sup>5</sup>.

Исследования проведены в клинко-диагностическом отделении "педологической консультации Экспериментального дефектологического института имени Эпштейна.

*Случай 1.* История развития Семьи 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 1У<sub>а</sub> лет. Сидеть начал в 2У, 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 клинко-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 Озерского 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, имеющих в нашем распоряжении, показывают, какой значительной силы могут достигать эмоции у умственно отсталых<sup>6</sup>.

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 клинко-диагностическом отделении. Он очень скучал по своим родным,

<sup>6</sup> 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

беспреданно спрашивал, когда мы отпустим его домой. Когда он узнал о том, что отец придет 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 соображаясь («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 интересуется. 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 недостижимой 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. Прощаемся».

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.

Случай 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 Ш. 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 9½ 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 Ш. 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 клинко-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. Менсес 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 шкале 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 клинко-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 аффективного 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. Грудь 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, почти 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 6 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 клинко-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* 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). Таким 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 6 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,  $IQ = 0,70$ . 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,  $IQ = 0,80$ .

Исследование практического интеллекта (по методу Божен) 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 феноменистическую 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 удастся 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 негативизирует, 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).

Вольной 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—1½ 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, что 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 лет<sup>7</sup>. Отец — служащий, мать — учащаяся. В наследственности отмечаются туберкулез, психические заболевания, психопатия, алкоголизм.

Семейная ситуация: в семье кроме родителей бабушка, тетка и брат обследуемого, 6 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 клинко-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 Божен) 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, предупредить. 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 кувырнутся на землю в цемент прямо, все прилипнут, глаза им всем разьест 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 малоценность. 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 картинками 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 несколько не мешает ему тут же утверждать, что он бьет Киру и что этот последний из-за него ушел из клинко-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. В возрасте около 3 лет Н. перенес тиф. После болезни перестал ходить, | не ходил около 1V<sub>2</sub> 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-| 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 клинко-диагностическом отделении дало следующие результаты. Рост Н. по основным измерениям соответствует возрасту (за исключением окружности головы, которая отстает больше чем на I<sup>1</sup>/<sub>2</sub> 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-1405

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 I 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.

ЗОИ

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, подучиться, 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, убежал, 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 (E. 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 самый 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 дебилности», — 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 клиничко-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 подчеркнута 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, аутистическое 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 аутистическим 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.

**Р. Е. Левина**

### **АВТОНОМНАЯ РЕЧЬ В НОРМАЛЬНОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ РЕБЕНКА<sup>1</sup>**

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.

<sup>1</sup> 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

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 1½ лет. Благодаря этому значительно расширяются возможности ребенка-«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, двумя-тремя звеньями, восстанавливающими сразу *несколько элементов* ситуации. Припомним название 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 11—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 мозгового 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, обуславливающие 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.

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 исполнишь 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, он 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 в виду наметить лишь самые общие и еще, разумеется, малосовершенные подступы к ней. Они основаны на том,<sup>в</sup> 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 ребенка-«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-«автономика» 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-«автономия» 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-волеятивных 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-волюнтивных 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 привлеченного 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 фотографичны, неопределенны, не собраны категориально.

Дальнейшее развитие идет по пути дифференцирования, 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 подлинными процессами 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 Елатье, 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  $lues^2$  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 У<sub>2</sub> 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 вдавлениями 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. Дермографизм 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 непрерывающийся 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», «ваня», «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, предложенному Штерном:

1) *Элизия* (выпускание 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 своеобразия 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 своеобразии 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? «Бабука» (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 «бабука», 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, лишённые 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 субъективными. 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? «Му»; 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 бежит 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 ОТСТАЛОСТИ<sup>1</sup>**

§ 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 психологии<sup>3</sup>. 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 по: 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<sup>8</sup> Двух его измерений. 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, превосходит будущее; как бы то ни было, никакой другой возможности исследования в настоящее время нет.

Но в таком случае не нужно обольщаться 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);

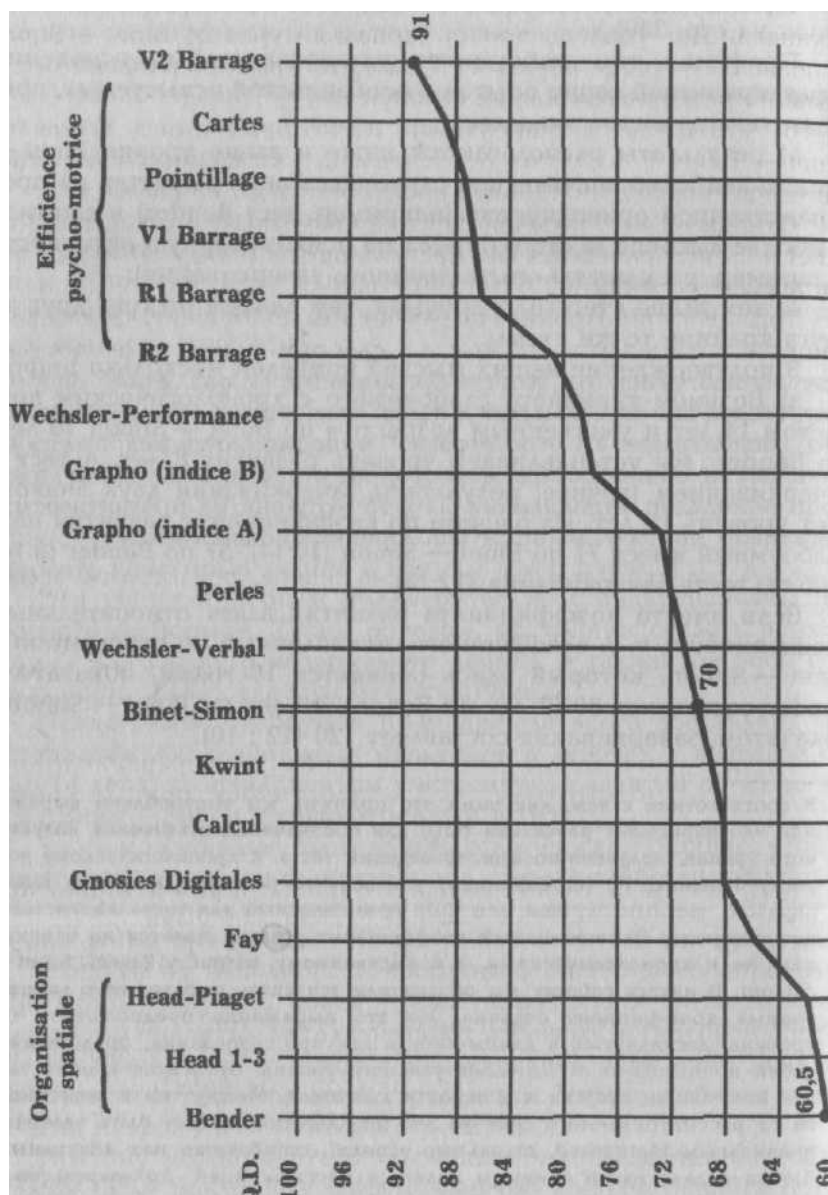
б) чем выше степень слабоумия, тем дальше отстоят друг от друга крайние точки схемы.

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 коэффициент<sup>3</sup>, 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 психофизиологического развития развиваются с различной скоростью. Перед тем как рассмотреть, что нам может объяснить понятие «гетерохрония» или по меньшей мере выяснить, каково его эвристическое 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 тройное 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 других 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 вполне закономерно рассматривать статистическое отклонение дисперсии как возрастное отклонение. Значимость одного « \*е 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 различие 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 предохраняют 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 во всех случаях уровень соматического развития примерно соответствует хронологическому возрасту<sup>4</sup>. 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 дебильности 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 0 (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 — M. 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-летнего ребенка, но стиль его соответствует стилю ребенка 6—7 лет.

Расхождение между психомоторным уровнем слабоумного и <sup>его</sup> 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 ограничены. 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.

IQ 70, например, означает, что за 10 месяцев ребенок достигает умственного возраста ребенка 7 месяцев. Это естественный динамизм психобиологического развития, но интеллектуальный динамизм — это другое явление, которое позволяет индивиду, 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 сделать заключение, необходимо провести другие опыты на обучаемость в других областях.

140

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 Inhelder, 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 внешнеинтеллектуальных условий мышления (аффективные факторы, неблагоприятное воздействие среды, колебания умственного и моторного тонуса). По словам Inhelder, «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 Inhelder 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 определены, 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, Boehm 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 несколько 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.

Petton использует метод аргументного определения степени удачного выполнения различных задач, которые предлагались больному. Из трех высказанных рабочих гипотез одна, касающаяся непосредственно дефектологии, говорит аргументом 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 Petton 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 Petton 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

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 псевдодебилами 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 непредвиденно, 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 слабоумный 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-дебиллов 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 небезынтесную 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, используя 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 (1960). Мы 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, равный 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, от развития аффекта в истории 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 послешкольной 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 ДЕТЕЙ<sup>1</sup>**

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 по 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 для 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—7 лет)					
	6-7 лет	4-5 лет	Ш.А.	М.Ю.	П.Н.	А.Н.	К.С.	Ч.К.
1. Продолжительное!! 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 олигофрении в степени выраженной дебильности 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 стул, 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 интериоризируются, 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 ДЕТЕЙ<sup>1</sup>**

### **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 резидуальный 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;

<sup>1</sup> 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 депривационные 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 «псевдодебилности» (Lauren Y. M., 1969; Charlin A., 1969), «фальшивой отсталостью» (Heuyer G., 1969), «псевдослабоумием» (Kanner L., 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 за-

болевания и вовсе не выражена. Во-вторых, чем младше ребенок, тем больше в процессе развертывания психоза наслаиваются 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 дизонтогенетических 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), склонность 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. Коуреник (1960) 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, аутистических 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 аспонтанности до акатизии), недостаточность интереса к окружению, аффективная незрелость и неустойчивость, недифференцированность 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, недоосмыслением 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 аутистических 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 атрофическим 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—IV 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. Удастся 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 переходящих 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 переходящих или стойких интеллектуальных нарушений. К органическим функционально-динамическим расстройствам относятся церебрастения, апато-абулический синдром, брадифрени 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 церебрастенией.

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 диспластичности, 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 (Мнухин С. 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 (Каубиш В. К., 1972). В связи с этим при диагностике приходится опираться на менее выраженные замедление и тугоподвижность 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, лживости и заискиваний до злопамятности, злобности, агрессивности и жестокости могут помочь в проведении дифференцирования видов слабоумия. Однако у детей двигательная, расторможенность, 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 забыванием 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, дифференцированное 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 недоразвития 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» (Трауготт Н. 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 (Мнухин С. 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 конечностями соответствуют более ранней ступени развития. От общего психического недоразвития инфантилизм отличается большей живостью психики, интересом к окружению, жадностью 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 (Мнухин С. 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, практическими, мнестическими или эмоционально-

379

волевыми, расстройствами, значительно нарушающими приспособление больных. Наиболее распространенная астеническая форма недоразвития может быть дифференцирована 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, истощаемости 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 растроченные силы и интерес к заданию. Чем менее привлекательно занятие, тем быстрее наступает истощение. Чем больше разнообразия в классной работе и чаще переключение на 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 (Личко А. Е., 1979). При ней дети и подростки не способны к устойчивому и продолжительному напряжению.

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 пренатального 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 токсикодистрофических 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 (Nissen G., 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 в житейской 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 дебилность» (Dupre E., 1909), «моторный инфантилизм» (Homburger A., 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 координированность 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 могут 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, средовых, 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 (Morley M., 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 неизменными. 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 одним доводом против психического недоразвития.

К-1405

чйч

**Марковская И.Ф.**

#### **ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО КЛИНИКО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ<sup>1</sup>**

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 клинко-психологической структуре нарушений познавательной деятельности. Анализ корреляции данных комплексного исследования и катamnестических сведений показывает, что прогностически более благоприятен тот вариант задержки психического развития, при котором признаки незрелости преобладают над явлениями поврежденности мозговых структур (вариант ЗПР—1) и, наоборот, прогностически менее благоприятен клинический вариант (ЗПР—2) с обратным соотношением: признаки поврежденности перекрывают черты имеющейся незрелости (таблица).

<sup>1</sup> Марковская И. Ф. Задержка психического развития (клинко-нейропсихологическая 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; поверхность переживаний; внушаемость; непосредственность, легкая откликаемость на внешние раздражители	Аффективные расстройства по возбудимому, эйфорическому, дисфорическому типу: выраженная стойкость и сила аффекта; вязкость, монотонность, ригидность переживаний, расторможенность влечений, упорство при удовлетворении своих желаний, негативизм, агрессивность
Энцефалопатические расстройства	Легкие и нестойкие церебрастенические явления успешно поддаются медикаментозному воздействию, редуцируются при организации щадящего режима. Невротические реакции, астено-невротические состояния (нестойкие логоневроз, страхи, гиперкинезы)	Церебрастения с явлениями внутричерепной гипертензии; требуется длительное лечение, легкая декомпенсация при психофизических перенапряжениях Неврозоподобные состояния (моновневрозы, стойкие энурез, энкопрез, заикание, гиперкинезы) Психопатоподобный, эпилептиформный, апатико-астенический 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 дистония
Нарушения ВПФ:		
а) нарушения модально-специфических функций	Нестойкие, динамические Неспецифический характер нарушений Легкие диффузные Мозаичность нарушений, обусловленная асинхронией созревания отдельных функций	Стойкие Специфический характер нарушений Парциальные Тотальность нарушений, обусловленная грубым недоразвитием мозга
б) нейродинамические нарушения	Лабильность психического тонуса в сочетании с повышенной истощаемостью	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, персевераторность 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 нейродинамических 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, уравнивание процессов возбуждения и торможения корковой нейродинамики, приводило к созданию благоприятных условий для работы мозга, ликвидации церебральных 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 — и в 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 критерием 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 фоне 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  $E_2 > E_{1г}$  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 обуславливать 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 поврежденности ряда психических функций. К признакам незрелости относятся: в эмоциональной сфере — явления органического инфантилизма, в интеллектуальной — недостаточная сформированность отдельных корковых функций и недоразвитие регуляции высших форм произвольной деятельности. Признаки поврежденности характеризуются парциальным характером нарушений корковых функций, комплексом энцефалопатических расстройств.

В зависимости от типа соотношения черт органической незрелости и поврежденности ЦНС выделены 2 основных клинико-психологических варианта задержки психического развития церебрально-органического генеза.

При первом варианте преобладают черты незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма. Энцефалопатическая симптоматика представлена негрубыми церебрально-вегетативными и невротическими 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 истощаемостью. Регуляторные функции дефицитны в звене контроля.

При втором варианте в клинической картине доминируют не черты незрелости, а симптомы поврежденности: стойкие энцефалопатические расстройства в виде выраженных церебрально-вегетативных, невротических, психопатоподобных, субклинических эпилептиформных и апатико-астенических синдромов. Неврологические и ЭЭГ-данные отражают выраженность органических расстройств и значительную частоту очаговых. Коровая патология также имеет более грубый характер: наблюдаются более тяжелые нейродинамические расстройства (инертность, персевераторные явления), выраженная дефицитность 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 задержки 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 дефицитностью 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 ШИЗОФРЕНИЯ<sup>1</sup>**

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 1У<sub>2</sub> лет (большинство авторов, работающих в области детской психоневрологии,— Гомбург-гер, Гиляровский, Гуревич — не решаются датировать начало раньше 7-летнего возраста).

В таком раннем возрасте нам удалось наблюдать лишь один ясно выраженный симптомокомплекс («кататонический») 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.

#### **КАТАТОНИЧЕСКИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС**

Кататонический 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 несколько 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 Х., 3 года 3 месяцев (Психоневрологическая 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, двигательнo 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 ( $I^2$ ). 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 прогрессивность 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 симптомокомплексу, 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 бредаподобных 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 (З. 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 реальностью. 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 У<sub>2</sub> 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 рожают 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 удастся 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 Валу 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-АИтсья 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. Мысле-человек Вега приказала Вале отрезать клочок 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 аутистических 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 окомплеск 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 ломают, 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 6 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 3½-м же возрасте возникли тики в веке правого глаза и заикание. Мало-помалу за картиной навязчивости начинает отчетливо обозначаться 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 распушенность, prostituiруют, 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 4У<sub>3</sub> 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 6 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 прогрессивности, 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 симптомокомплекса, 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, характеризующийся 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 ломают 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-делириозным 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 неблагоприятный исход — с другой, позволяют поставить верный диагноз.

На всех прочих симптомокомплексных составляющих остальные 50% (гебефреническом, кататоническом, депрессивном, анэтическом), 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 шизофрению, протекающую 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 жизни

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 ½ лет, 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 кровати 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 отмечают: 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 анестетичности и гиперестетичности; 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 симптомокомплексом и с симптомокомплексом бреподобных 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 (пропшизофрения<sup>2</sup> 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 обуславливаются возрастными кризисами.

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 выходов, 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

*Пропшизофрения* — возникновение шизофрении у лиц, страдающих олегофренией (*примеч. ред.*) жизненного пути ребенка или сосуществование разных симптомокомплексов в едином статусе.

Наибольшим постоянством по нашим наблюдениям обладали анэтический симптомокомплекс и в ранние детские годы кататонический 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 симптомокомплексов неодинаков. Незначительная литература, собранная по вопросу о детской шизофрении, касается главным образом лишь статистики 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». Не-

дурным 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 абиотрофический 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 лизототерапия, 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 ВОЗРАСТА<sup>1</sup>**

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 литературы<sup>2</sup> 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

идушим 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 кровати; 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.

Гипногогические<sup>3</sup> 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 прячется<sup>1</sup> 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

<sup>3</sup> 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 нередко еще и другие явления навязчивого порядка; их мы коснемся в разделе навязчивости как раннего симптома шизофрении.

Среди ранних шизофренических 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 аутично, 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 ощущений<sup>4</sup>.

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 необычностью. 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 5½ 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, патогномичен 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 шизофренический 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 бреподобных 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 Х., 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 3½ 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 (2½—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 У<sub>2</sub> 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 4½ 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 ¾ 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 5½ 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 2½—3-летнего возраста, когда последняя является нормальным явлением. Качество этих вопросов у шизофреника отличается от качества вопросов нормального ребенка. У последнего они рождены живой аффективной 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 4V<sub>2</sub> го'да). Чрезвычайно интересной нам представляется попытка использовать расщепление, отраженное в снах детей, как ранний шизофренический 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 шизофренический 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, обуславливается 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 шизофреническим 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 5V<sub>a</sub> 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 шизофренических 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, — гебефренические 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 нескрытыми и необъясненными эпизодами детства в анамнезе позднее болеющих 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 шизофренических симптомов являются состояния физической слабости и недомогания, когда ребенку хочется лежать молча, при условии уменьшенного контакта с окружающей реальностью; нередко 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 обстоя-

тельство, 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 шизофреническим симптомом только в том случае, если он не является итогом неправильного подхода к ребенку, т. е. реакцией протеста<sup>5</sup>, 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 шизофренический 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 (2V<sub>2</sub>—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 прогрессивность, в то время как при олигофрении компенсаторные возможности мозга очень значительны.

Характерным ранним шизофреническим 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 шизофренический 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,<sup>0</sup> 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 яркие те качественные особенности поведения ребенка во время психогении, которые позволяют говорить о них как о проявлении ранних шизофренических 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 кровать, 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 удастся вскрыть указанную шизофреническую симптоматику, имеют тенденцию затягиваться на месяцы и даже годы. При этом аутистическое 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 реакции<sup>6</sup>.

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 удастся 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 "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 привлекающую 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 (*Людя 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 2½—3 года ремиссию, в которой, впрочем, отчетливо обрисовывался в той или иной мере дефект. Примером может служить следующий случай.

*Гая 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 кататоническая 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 покотившимся 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 гримасы.

Речи Гали в стационаре не было слышно. Лишь с появлением навязчивого интереса к ботинкам (Гая 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 сад 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, слыя в них «чужаками», 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 продукты 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, срывая там за «чудаков», оставаясь «непонятными» детям и взрослым, обнаруживая обычное для шизофреников 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 прослежен 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 обуславливается тем торможением детской активности и стеничностью, 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 Валу и мальчика Валу, 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 ступеневывался среди других проявлений шизофренической симптоматики.

*Анэтический 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 анэтического синдромов и синдромов навязчивости, расщепления и значительно меньшее постоянство гебефре-нического синдрома, синдрома бредоподобных фантазий и галлюцинаторно-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 двойное 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, обуславливает известную степень задержки психического развития. Если эта задержка грубо выражена и дефект массивен, мы имеем перед собой явления олигофренического порядка, если же она не достигает значительных степеней, налицо нарушения типа психического инфантилизма.

При бурном течении процесса второе (олигофреническое) слагаемое шизофренического дефекта почти всегда выражено очень

отчетливо (см. «Галопирующая форма шизофрении...», где олигофреническая 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 удастся за олигофреническим 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 шизофренический 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 частных — 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 шизофренического 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 отреагирования 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, толкающее 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 окружающей 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 обрывается в процессе жизни и развития ребенка еще более усложняющимися 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 преддошкольные 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 аффективности 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 преддошкольного 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 «хулиганов», данная выше, страна «эльфов и мысле-людей», 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 раннего 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 обуславливает 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 дошкольном 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

ААБ

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, обуславливает 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 шизофренического 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 теплоте 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 анестетическому 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 катанестическому 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 действительности, 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 segea* и т. д. Кроме того, соматогении 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 отдалается 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 интоксигирующего 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 шадить 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-френическое 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, застытие 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. Исключения 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 протрагированность<sup>7</sup> 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 «шизофреническое» 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 ДЕТЕЙ<sup>1</sup>**

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 шизофренического 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 нервности<sup>2</sup>. 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.

Таковыми 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 удастся 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., 6V<sub>2</sub> лет, за 3½ 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. Остаться 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 ведро 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 шизофреническими 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 ДЕТЕЙ<sup>1</sup>**

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 невыносимости 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-

<sup>1</sup> 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 апрозексией<sup>1</sup> нередко отмечается тенденция к застреванию, неоднократно повторяет вопрос или дает ответ на ранее поставленный вопрос, подолгу механически возится с ремешком и

др. Если удастся «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 внимания (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 колынуть», — 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 железяками, 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 удастся 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 переживаний. 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 приспосабливаются 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, ретикулярной формации не может не отразиться отрицательно на формировании корковой деятельности.

Кора головного мозга у этих детей неплохо и пассивно регистрирует и запечатлевает все, что случайно попадает в их поле зрения, но утрачивает способность активного, избирательного отношения к явлениям окружающей среды. Отсюда грубые нарушения внимания, склонность «невидящим» взглядом скользить по интересам по окружающим лицам и предметам, бесцельные движения, длительная неспособность овладеть навыками самообслуживания и, главное, длительная задержка формирования самосознания, комплекса «Я», что сказывается в склонности говорить о себе в третьем лице, в подражательности речи и действий и др. Важно еще раз подчеркнуть, что при настойчивой стимуляции удается заставить этих детей «собраться», «мобилизоваться» и дать более или менее правильные ответы на вопросы или проявить более или менее адекватные эмоциональные реакции. Вполне вероятно, что в коре головного мозга этих детей на фоне экспериментально установленного нами преобладания тормозного процесса имеются гипноидные фазы — пара-оксальная и ультрапарадоксальная. По-видимому, в связи с этим любые сильные раздражители реальной обстановки 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 доводами: 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 из 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 отягощенности 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 преимущественным недоразвитием активирующих, «энергизующих» 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 шизоформными изменениями личности, соответствует их биологической реактивности, особенностям функционального состояния их гипоталамико-надпочечникового аппарата и некоторых вегетативных реакций.

**Д. Н. Исаев, В. Е. Каган**

#### **АУТИСТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: МЕХАНИЗМЫ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ<sup>1</sup>**

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. Озерский, 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 Л. 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 удастся отметить две ведущие тенденции: 1) рассмотрение всех аутистических синдромов детства в рамках синдрома и концепции Л. Каппега 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 А. van Krevelen (1953) положение об аутизме как одном из синдромов детской психопатологии, отличающемся от оригинальной концепции Е. Бленлера, 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.

<sup>1</sup> 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 поддержанию 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 двигательнo-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» (А. 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 А. 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 ante- и интранатальные 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  $V_3$  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 чужаковатостью 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 аутистических и эпилептических проявлений и сформулировано положение 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 неспецифическим инфекционным полиартритом, гигантизмом, на изучающуюся Б. Е. Микиртумовым (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 декомпенсируют, 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 корково-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 лобно-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 поведением 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

АТ)

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 синдромологической специфики нарушений у детей и подростков.

**К. С. Лебединская**

### **ТЕРАПИЯ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА<sup>1</sup>**

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 аутичного 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 X-хромо-

<sup>1</sup> Печатается по изданию: Детский аутизм. Хрестоматия. СПб., 1997. стр. 124—133.

сома), таких дегенеративных заболеваний, 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 хрупкой Х-хромосоме, фенилкетонурии и др. Лечение фолиевой кислотой, большими дозами витаминов группы В<sub>6</sub>, завыраком, чуть поднимая общую активность аутичного больного с хрупкой 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 аутичных детей в возрасте от 4 до 10 лет, наблюдаемых в специальной экспериментальной группе по комплексной клинко-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 клинко-психолого-педагогической коррекционной тактики.

Объединение биологической 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, расторможенности 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, гематоэнцефалического 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 гиперестезия являются облигатным<sup>2</sup> объектом терапии, то подход к другой симптоматике РДА, расцениваемой нами как вторично-дизонтогенетическая, 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, кататонических расстройств и подлежат терапевтическому снятию.

*Облигатный* {лат. obligatus — обязательный, неременный), 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 нейрорептической 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 нейрорептические 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 нейрорептиков 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 нейрорептиками, 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 первоначального сохранения высокого уровня эмоционального напряжения, 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 нейрорептиками, часто уже с самого начала лечения, при малых дозах препарата. Очевидно, здесь имеется сумма 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 сумма 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 энзимопатиях<sup>3</sup>.

Фактор «почвы» касается и соматических особенностей аутичного 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 нейролептиками 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.

<sup>3</sup> 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, сонливость<sup>4</sup> 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 клинко-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

Сонливость — патологическая сонливость (примеч. ред.). Б-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 дизонтогенезу 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 всплывания 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, чреват 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 соглашались 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 видят 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 врача 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 стационарирования 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 (туберозный 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 лечением. 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, сенсibilизации в связи с большой осторожностью терапии, назначением малых доз. Но этот вопрос

нуждается в дальнейшем изучении.

**В. В. Лебединский**

### **АУТИЗМ КАК МОДЕЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА<sup>1</sup>**

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 клинико-описательного метода, и предложил взамен *иерархическую*, предполагающую выделение первичного дефекта, непосредственно связанного с нарушением морфофизиологического 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 обуславливает 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, O'Connor, 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 гнозис.** 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 воздействий<sup>2</sup>; 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-

<sup>2</sup> 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 привязанности<sup>3</sup>, 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 симбиотической 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 (Bjarellon, Cramer, 1990; Hopkins, 1987; Horwich, 1989; Landau, 1989).

аутичного ребенка характерна амбивалентная поза «вполоборота», свидетельствующая о его готовности к бегству. Со страхом 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 элиминируя<sup>4</sup> 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<sup>TM</sup>, 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 произвольных действий к произвольным. Выполнение последних связано с нарас-

*Элиминировать* — уменьшать, в некоторых случаях даже уничтожать (при-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 звуко сочетаний, отражающих его аффективное состояние <sup>5</sup>.

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 звуко сочетаний 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, закликиванию, 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 АУТИЗМА<sup>1</sup>

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 шизофренического мышления. Хотя сам Л. Блейлер считал, что состояния, похожие на аутизм, могут наблюдаться и при других состояниях не шизофренического круга. Н. И. Озерский 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 Л. 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 Л. 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. А. 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. Либлинга, Р. К. Ульяновой, Т. И. Морозовой (1989) и В. В. Лебединского, О. С. Никольской, Е. Р. Баенской, М. М. Либлинга (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 реакцией 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 магнитного резонанса). Нарушения глубоких структур мозга (гиппокампа, мозжечка, уменьшение правого вентрикулярного 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. T. Ward, B. Hoddint в работе, посвященной изучению детской шизофрении и РДА, на основании клинического, психометрического и электроэнцефалографического изучения больных категорически исключает возможность 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 нозологического 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 энцефалопатиями 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, патоморфология — 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 пренатальном 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 процессуальности 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 дизонтогенез. 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, несо-ординированностью и искаженностью проявлений. При, казалось бы, полном отсутствии эмоциональной жизни, полной эмоциональной отгороженности (аффективной блокаде, по Кан-<sup>не</sup>РУ) 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 эхотали-ческие речевые реакции, вначале механическое, бессмысленное рифмирование, 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 компенсируется 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

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 ПОВЕДЕНИЯ<sup>1</sup>**

С самого раннего возраста нормальный ребенок социально взаимодействует с другими людьми. Уже в 12 недель он оживает 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 улыбку, 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 (Kanner) в 1943 г. Каннер использовал

Печатается по: Gesell and Amartruda's Developmental Diagnosis. Editors: Khobloch H., Pasamanick B 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 детей, 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 сохраненные 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 причудл<sup>ивый</sup> 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 целом 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 нейropsychиатрических 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
Неонатальные 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	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	11	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.

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 мышц, 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 фенobarбиталом, что и было выполнено. К нашему огромному удивлению, к 27 неделям мальчик стал социальным, дружелюбным, живым и проворным, с небольшими проблемами, связанными с атетической 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 гиперактивной и дезорганизована. Впоследствии имели место еще три развернутых конвульсивных припадков. 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 аутистическое 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 3/4 пациентов обеих групп (с аутизмом и с органическими нарушениями) были частными пациентами, лишь 1/3 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 нейромоторной 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 папилломы 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 аутичным, 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 полужакрашенными

символами, скомпенсировались частично. Черные символы обозначают тех пациентов, у которых аутистическое одиночество сохранилось. Этот график иллюстрирует два важных аспекта.

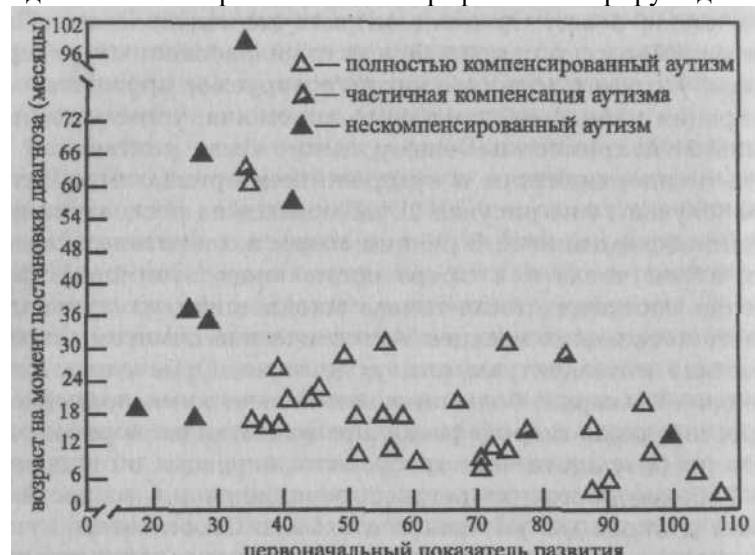


График 1. Связь устойчивости аутистического расстройства с коэффициентом развития (в период диагностирования аутизма)

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  $\frac{3}{4}$  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 6 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

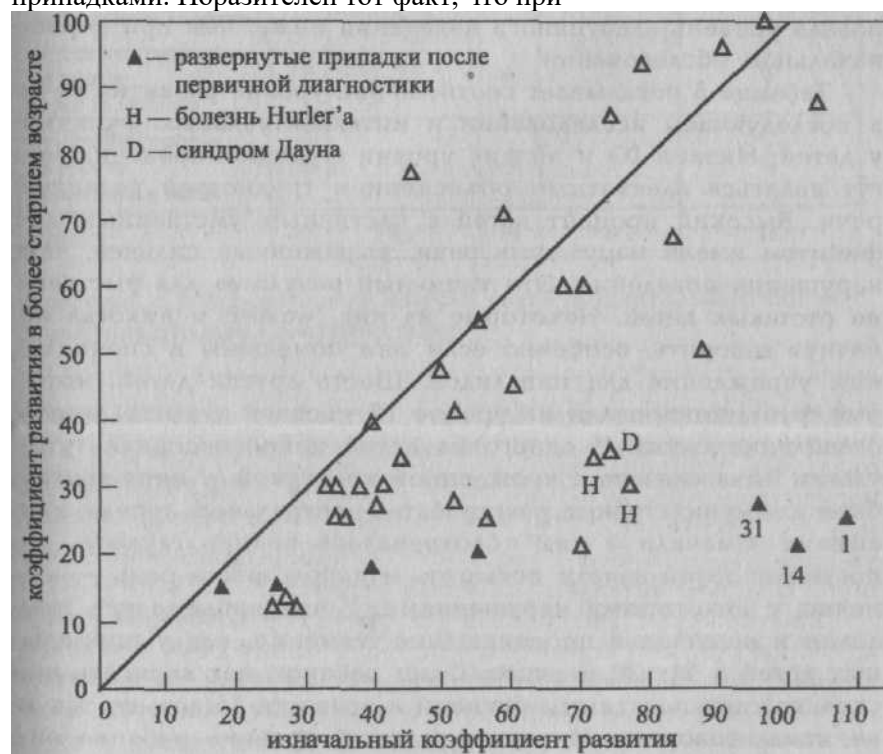


График 2. Связь между изначальным и последующим коэффициентами развития у аутичных пациентов

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 так 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 IQ, 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;  $\frac{1}{3}$  этих детей в раннем детстве диагностировались как глухие. Полностью неясно, насколько Раттер рассматривает афазия 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 стационарировались вплоть до окончания подросткового возраста. В анамнезе 6 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 катamnестическом исследовании 63 пациентов Джонса Хопкинса, доложенном Эйзенбергом и Канне-ром, показатели IQ 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;  $\frac{3}{4}$  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 аутистическим 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 особыми 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 аутистические 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 дифференцированы 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. Неумное 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 ЗНАЧЕНИЙ<sup>1</sup>** **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.

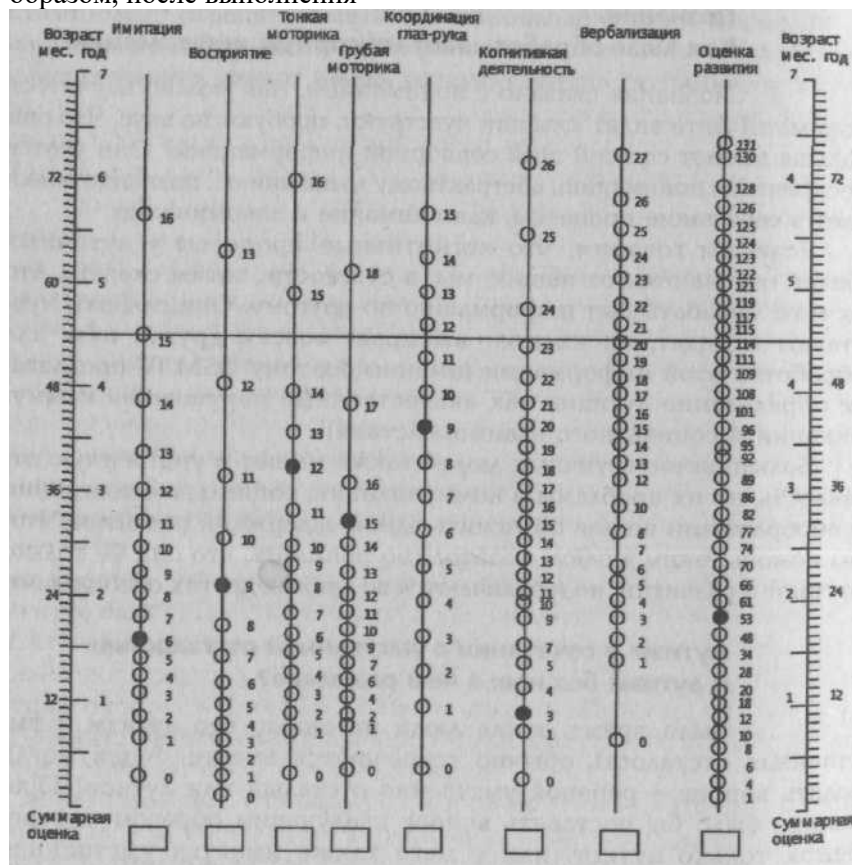
### **Аутизм в сочетании с умственной отсталостью и аутизм без нее: в чем различие?**

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 «психолого-педагогический профиль» (РЕР), который был выполнен мальчиком в возрасте 4 лет 6 месяцев. Тест РЕР 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 РЕР, 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). Замедл<sup>енное</sup> 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 6 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 РЕР, 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 аутичный ребенок также имеет и умственное недоразвитие, в то время как первоначальный диагноз включал в себя только аутизм.

Большинство людей, страдающих аутизмом, также имеют 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. Адаптивное поведение взрослых людей с умеренной умственной отсталостью может включать в себя навыки самостоятельно есть, принимать ванну и одеваться, умение подд<sup>ержать</sup> несложный разговор и довольно ограниченные навыки чтения. Профессиональные навыки также ограничены 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 ограничены, 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 «первазивное 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 получают 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 детей из 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 аутичные 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 подтверждают 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-маши-на-корабль-самолет). Услышав такой 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 аутичный 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 дисfazией не испытывают особых трудностей при понимании социального поведения или при добавлении значения к социальному восприятию. Они понимают значение эмоций: ребенок, страдающий афазией

ей, 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

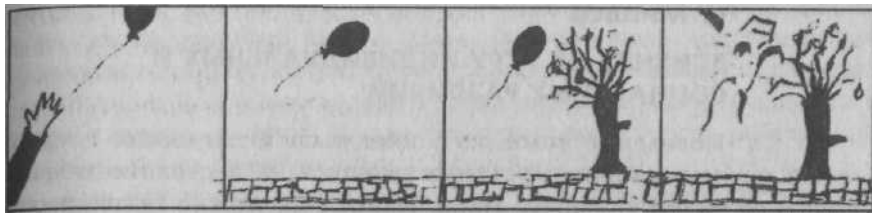
В заключение еще одно важное замечание. Все жесты, которые вызвали трудность у аутичных детей, используются для выражения чувств. Это говорит о том, что даже при одинаковом психическом возрасте (5 лет) с другими детьми, участвующими в эксперименте, аутичные дети имеют специфические трудности в понимании 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

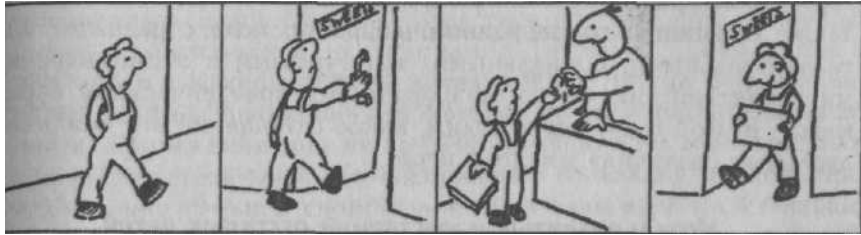
В другом эксперименте (Бэрон Ш.Коган и др., 1985) три группы детей должны были расположить картинки в соответствующем логическом порядке (рис 3). Истории, отображающие механику событий или поведение, не вызывают особых трудностей у аутичных детей по сравнению с детьми одинакового психического возраста. 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 коробку 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.)

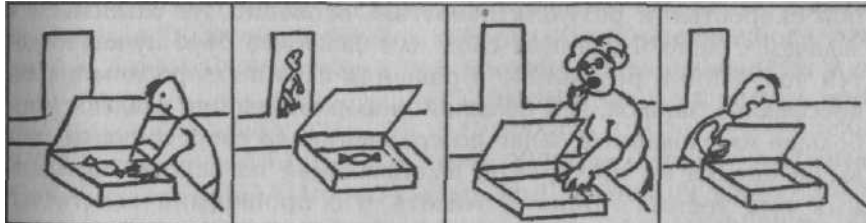
Аутичным детям трудно сочетать понимание с восприятием, и это основное отличие их познавательного процесса, которое нам необходимо учитывать, если мы хотим помогать людям, страдающим аутизмом. Различия в познавательных процессах



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 РАЗЛИЧИЙ<sup>1</sup>**

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 окружающ<sup>а1</sup>

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 *IQ* 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

исследований (Boynnton, 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 адаптируются 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, дружка своего 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-единственная 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 депривующих 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. Больные 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, «выщести» 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», родители 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. Вероятностные 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 (Orie, 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. Конечно! же, 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; необъяснимый 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 цветочные 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

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 ФОРМЫ<sup>1</sup> 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 эпилептоида), 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 подд<sup>рж</sup>ивают 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, отличности 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 расцветшим 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 центральной нервной 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 гипокINETического варианта и/или повышенное количество движений и возбуждение гиперкинетического. Различие в статусе устанавливается на основании констатации роли ведущего симптомокомплекса 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 скорректированы 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 корректирующими 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.

*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 Кречмеру). 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 действовавшей 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, напуганный 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 1.*

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 *avor 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, *avor 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» раздражителя 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<sup>1</sup>/<sub>2</sub> 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 обуславливает 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 излечения 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 излечения 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 раз-

дражителя. 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 кровати 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 маломальски 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 1½ до 2½—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 2½—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 обуславливает собой устрашающие сновидения, где он получает должное «возмездие». Состояние 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 дошкольном 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. Неполладки 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 мирозерцание. 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 $\frac{1}{2}$  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. Требуется, 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 $\frac{1}{3}$  года 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 $\frac{1}{2}$  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 IVагоАа 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 «grimаса» 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 редко 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 3½ года (в аффекте гнева пытался затянуть себе петлю вокруг шеи) и в 6 лет (девочка, впоследствии в 11 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 отняtie от груди рекомендуется отъезд матери на несколько дней, ибо она как источник раздражения подд<sup>ерживает</sup> 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 с 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 однолотов 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 дочери. 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 две 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 кризиса 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 травмировавших 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 смущаемым, 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, рожают 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 властью 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 неурядицы 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 развития», 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 патологического 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 прогрессивности.

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 *prostatitis*, 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 1½ месяцев становится несколько активнее, много подвижнее, контактное. Приобрел способность к самозащите при нападении детей. Несколько шаловлив. Через 2 месяца выписан ввиду закрытия учреждения на лето. *Диагноз.* Астеническое развитие личности.

*Случай 2.*

Юра А., 3½ 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 эпилептического 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 астенизации 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 РЕАКЦИИ<sup>1</sup> ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В ПЕРЕХОДНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ**

Физиологическая перестройка организма в так называемые переходные возрастные периоды, и прежде всего вышних 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 данная 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, склонности 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 (Смо) 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 замедл<sup>енным</sup> жеванием, с привычной рвотой; б) страхи (дневные и ночные) с большой склонностью к их генерализации; в) расстройства речи — заикание, мутизм, гиперкинезы (тики, насильственный кашель); г) расстройства ранее приобретенных навыков опрятности (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 проявляется в 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 к бабушке, мальчик предавался фантазиям: во время переезда он утопит братишку в реке, соберет мальчиков в деревне, они побьют маленького и заруют его в яму.

Мальчик 6 лет. Мать жаловалась, что у мальчика наблюдаются приступы сильного гнева по незначительному поводу: кусается, плюется, приходит в состояние иступления. 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 5 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 обуславливает 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, склонность 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, З. 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 сердца — 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 гипогликемий) 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 описал 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» (anorexie 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 — «психогенная 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 «психогенная 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 катамнезом 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 удастся 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 невыносимость 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 ПОДРОСТКОВ<sup>1</sup>**

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 слове 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 слове эмоций как о самостоятельном образовании<sup>2</sup>.

3. Нельзя устанавливать в клинике, как это незаконмерно 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 последнее 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 таламической 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 гиперкинезов 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.).

<sup>2</sup> 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) шизофренические.....16

в) реактивные.....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 относится к больной, насмеваются 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, аспонтанность, 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.

Баба 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.

Баба 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 1½ 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 сохранены. 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 вялая, 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 удастся 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 обследования*<sup>2</sup> (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. Темы всех работ значительно замедлены.

Произведено И. П. Кононовой.

*Течение.* До 17/X продолжалась депрессия, с 21/X по 10/XI наблюдалось гипоманиакальное состояние, затем в течение недели светлый промежуток, а с 17/XI вновь депрессия до 28/XI. После гипоманиакального 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.

*Этикриз.* 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 фаз говорит против диагноза реактивной депрессии. Можно думать и о шизофрении: подозрение вызывают галлюцинации, элементы идей отношения. Однако галлюцинации носят еди-



нический 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 1½—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 повышено-веселое; он чрезвычайно отвлекаем, нет такого однообразия, как, например, при шизофрении. Больной проявляет большую деятельность, влечения повышены. 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 гебефреничности, кататонидности (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 отягощенностью 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 пресихоти-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 удастся 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 удастся 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 удастся 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 заниматься, 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 шизофренического 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 шизофренический оттенок: однообразие, непродуктивность, отсутствие действительно веселого настроения, ге-бефренические 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 невыносимая, 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. Моторно 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. Разгибательный 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 вспоминает 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 сдать 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 praecordialis), 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 agitata. 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, психастеничность может явиться одним из симптомов депрессивного статуса, рудиментом идей самообвинения, психологической надстройки 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 аборт.

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 уклоняется 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: бегаёт 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, раздражен, ипохондричен, ворчит: «Все надоело, плохо лечат, только и знают, что колоть, всю кровь выпили». Эти колебания настроения бывают чаще реактивного характера, но наблюдаются и спонтанно. Без всякой причины становится на короткое время особенно упрям, негативистичен, 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 раздражительностью.

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 ажитированный 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 кишок, 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, беспокоеен, 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.

*Катамнез:* 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 неряшлив, 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) **Отгороженность** от окружающего мира, нарушение аффективной связи с ним, постепенное потускнение аффекта нередко можно видеть при шизофренической 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 шизофренической 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, агитированность, 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 эпилепсии 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 нет 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 хорея 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 расторможенности, 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 травмирующей 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, заторможенности 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 интеллектуального 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 разрядов 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 локализуемого 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 обуславливается 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 ограничены. 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-физиологическом 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, самоуничтожения 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 «чуждой», чувствует себя растерянным, беспомощным и как-то осознает это. В более законченном виде этот феномен получил бы название деперсонализации.

Чрезвычайно часто при циркулярной и шизофренической 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

[тем, что ребенок не в состоянии интрапсихически переработать до 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 АНОМАЛИЯХ<sup>1</sup>**

### **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»<sup>2</sup>. 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 дифференцировки 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 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-тенберг В. 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; Сканави Е. Е., 1962; Симсон 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 непрерывно 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—3½ 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 (Leugonie 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 (Leugonie 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, стенической и дисфорической. 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 стенической 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, Durridge (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 дисфорической 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 стенической 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 онейроидными) 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 синестезий, наблюдаемых у V<sub>3</sub> 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. Шеповальникова (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 3V<sub>2</sub> лет. Родились от первой нормально протекающей беременности у здоровых родителей. Роды преждевременные на 6½ 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 головы сначала перед сном, а потом и во сне с нарастанием интенсивности. На ЭЭГ — отсутствие альфа-ритма, доминирует низкоамплитудная медленноволновая 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 обуславливает 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., Геладзе Т. 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* электрофизиологически 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 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 единственный 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 E. 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 K. 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  $t$  роисв сна с шизофреническим процессом. Шизофреники не только 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 гебефренической форме. Описаны далеко не редкие случаи, когда шизофрения дебютировала расстройствами засыпания и сна (Snyder F., 1969), что особенно свойственно параноидной форме (Koresko R. et al., 1963). В обзоре литературы по особенностям сна при шизофрении (Williams K. 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 {аутопагнозия<sup>2</sup>}.

Электрофизиологические исследования последних лет показали, что в основе аутопагнозии 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

<sup>2</sup> Аутопагнозия — нарушение представлений о собственном теле в целом или о соотношении его частей (примеч. ред.)

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 (понтотеникулярно-окципитальные спайки), характерные только для парадоксального сна в очень раннем возрасте (Williams K. 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 непроецессуальными 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 представленностью альфа-активности отсутствием дифференцировки 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 Мои-ут рассыпать ранец и т. д., а также эпизоды ментизма: наплывы мыслей о трупах — ходящих, стоящих и др. В сновидениях — ведьмы, пытки, знакомая учительница пытается 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, поскольку 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-аллергическому 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 резидуально-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 пароксизмальному типу (энурез, судорожные и астматические приступы во сне, ночные страхи).

**Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко**

#### **КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИВЫЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ<sup>1</sup>**

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; Сосюкало О. Д., Ермолина Л. А. и др., 1990; Оудсхоорн Д. Н., 1992; Александровский Ю. А., 1993).

Так, *яктация*<sup>2</sup> 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 экстирпацию<sup>3</sup>, приходится на возрастной период 7—11 лет, тогда как в дошкольном, раннем и подростковом возрасте этот вид ПДД развивается в два раза реже. Онихофагия<sup>4</sup> с равной частотой развивается в раннем, дошкольном и младшем школьном возрасте. Допубертатная мастурбация занимает промежуточное место. Она чаще бывает единственной формой ПДД и возникает обычно в раннем и дошкольном возрасте. Сравнительно-возрастное изучение ПДД 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

<sup>1</sup> Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М., 1999, стр. 225—239.

<sup>2</sup> *Яктация* — двигательное возбуждение в форме хаотических некоординированных движений, чаще всего в пределах постели (примеч. ред.).

<sup>3</sup> *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 brutальных 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 девиантного 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. A., 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 мастурбационного поведения (Гарбузов В. И., 1990; Forman M. A. et al., 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. B., 1974; Silver L. B., 1980), захват ими существенной части активности

G.P.A

ребенка (Levy D. M., 1928), упорное сохранение привычки сосать палец, несмотря на наказания, дачу горечи и т. п. (Kappag L., 1955), выход ритмической активности за ситуации утомления, сниженной активности, одиночества, засыпания (Stutte H., 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; Srock B., 1970), навязчивый, астенический, истерический характер раскачиваний в сочетании с соответствующими эмоциональными и поведенческими нарушениями (Гольбин А. И., 1979; Гарбузов В. И., 1990), открытое манипулирование половыми органами без учета ситуации и вопреки социальному осуждению (Stutte H., 1967), сопровождение сосания другими манипуляциями привычного и интенсивного характера (Kappag L., 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; Levy D. M., 1928; Lewis S. J., 1930; Green A., 1967; Koenig K., 1970; Cordis C. K., 1977, и др.), нарушениям роста ногтей при онихофагии (Kappag 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 оцупывать 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 al., 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: <sup>a</sup> 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.

<sup>ii</sup> Увеличение продолжительности этих эпизодов в динамике.

<sup>o</sup> Сочетание указанных феноменов с другими признаками дизонтогенеза нервно-психического развития (невропатия, задержка угасания рефлексов новорожденных и врожден-ных автоматизмов, отставание в психомоторном и речевом развитии, асинхрония психического развития по типу раннего детского аутизма и пр.)<sup>5</sup>.

<sup>D</sup> 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).

<sup>o</sup> 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 немономонном окружении), что указывает на утрату (чаще относительную) компенса-

<sup>5</sup> 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.

<sup>o</sup> 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 мацерации<sup>6</sup> 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 базальной 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 облигатного (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**

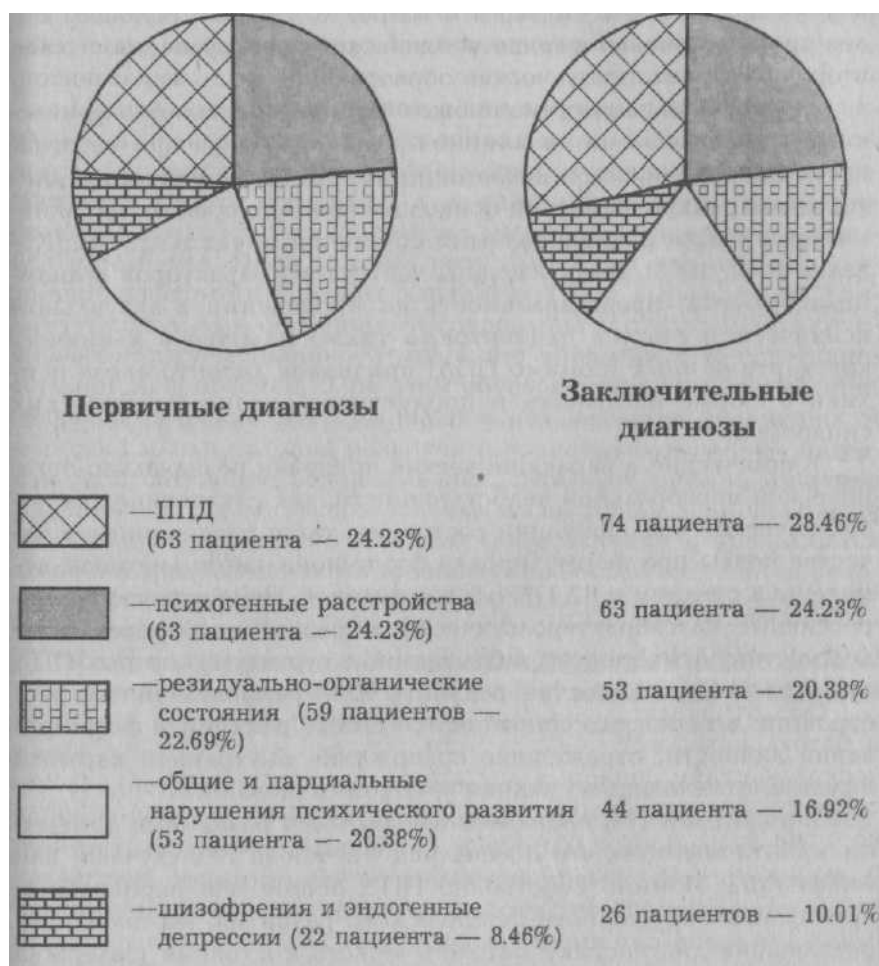


Рис. 1.

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 первично-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 обуславливает 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 обуславливающие 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-дизонтогенетических 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 клинко-динамическая характеристика ППД требует рассмотрения нескольких разноуровневых осей. В частности, это такие оси, как симптом — синдром — болезнь; онтогенетический феномен — дизонтогенетический 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 психического 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 обуславливается 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 удовольствия, превращаясь в «пустые», бессодержательные стереотипы. При этом саногенное или психогенное содержание вторичных личностных реакций, связанных с осознанием пациентом физических и прежде всего социальных последствий своих привычных действий, изменение внутренней картины болезни (характеризующейся на предыдущих этапах нередко анозогностическим 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, кататонно-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 катамнеза в среднем 13 лет), обнаружило отсутствие ППД у половины пациентов.

Лучший прогноз имели больные с невротической формой заболевания по сравнению с невротоподобной. 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, невротоподобными 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-невротоподобным (дизонтогенетическим) и вторично-невротоподобным (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 типа и низкой частотой упорствующих реакций по сравнению с представителями невротоподобных вариантов синдрома (рисуночно-фрустрационный 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 невротоподобных формах трихотилломании наряду с первыми двумя (соответственно 20 и 16%) отмечалась большая представленность 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 Кеттелла), а также дисгармоничность межличностных отношений (тест Рене Жиля), структура которых имеет определенные особенности у детей с первично-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 клинко-патогенетического варианта.

Исследование клинко-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 дизэнцефально-стволовых структур и снижения корковой ритмики лобных отделов. При этом если в начале заболевания тяжесть ППД соответствует выраженности патологических изменений на ЭЭГ и представленности 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 клинко-патофизиологических проявлений энцефалопатии.

67fi

Клинко-этологический анализ ППД обнаружил видоспецифический 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-Котс Н. Н., 1935; Корнетов А. Н., Самохвалов В. П. и соавт., 1990; Выготский Л. С., Лурия А. Р., 1993; Lorenz K., 1965; Hinde R., 1975; Godefroid Jo., 1992, и др.).

Наличие биологических корней рассматриваемых поведенческих стереотипов обуславливает широкую распространенность их непатологических прообразов, характерность для детского возраста и общую тенденцию к редукции 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 обуславливает 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 обуславливается 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.

Клинко-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 ДЕТЕЙ<sup>1</sup>**

Изучая семью как патогенетически обуславливающий фактор, мы рассмотрели некоторые стороны патогенеза неврозов у детей в системе взаимосвязанных клинико-психологических проблем трех поколений, а также своеобразие раннего развития детей, болеющих 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 сенсibilизацией 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 сенсibilизацией 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,

<sup>1</sup> 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 непонятности. 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-

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 бешеным собакам) 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 имевших 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, болеющих 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, болевающим 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, ценным. 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», «никим» 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, неодобряемым и неценным, 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 ничемности и ненужности, т. е. к рудиментарным идеям самоуничтожения.

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 нераз-

решимой 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 ПСИХООРТОПЕДИЯ<sup>1</sup>**

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.

Оздоровляющее 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 имела 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 —  $90^\circ$ , восьмую часть окружности —  $45^\circ$ , шестнадцатую часть окружности —  $22,5^\circ$  и проверял эти расстояния в восприятии на глаз и в ощущении. Оказалось, что расстояние в  $\frac{1}{16}$  окружности есть предельная величина, свободно определяемая 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 отсчитываются расстояния по горизонтали, — плоскость сагиттальная, рассекающая человека на правую и левую стороны и имеющая направления вперед и назад. На расстоянии 4 тонов, т. е.  $90^\circ$ , 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 ( $45^\circ$ ) от каждой проходят плоскости диагональные. И, наконец, возможные для конечностей направления внутрь от сагитталы дают на расстоянии 2 тонов от нее пересекающиеся перед туловищем и закрывающие его плоскости закрыто-диагональные.

Эти 4 вида вертикальных плоскостей легли в основу деления детей на группы по пространственным признакам их мото-

рики, 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 определены, 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 направляется целиком в одну сторону. Все пути кратки и прямолинейны, движения 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 и плеч. Ему свойственна статическая посадка туловища: таз сильно отодвинут назад, грудь выпячена вперед, в поясничной части глубокий прогиб. Плечи выпрямлены, локти отодвинуты от туловища. Ноги раздвинуты во фронтальной плоскости от самого основания, стопы стремятся к вывороту. Руки растопырены.

**lugar** укорочен и тяжел (вразвалку). В статике вес равномерно распределен на раздвинутых ногах, поворот производится за счет всем телом мелким переступанием с ноги на ногу. Движения 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 противодействие, несимметричная 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 клинической обстановке, где о личности каждого ребенка в целом юбируются самые подробные и разносторонние данные, открывает 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 переменной целевой точкой 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, ломает 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 углов 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 наиболее 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 дифференцироваться 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<sup>TM</sup>, 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 негнувшейся 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, I 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; сагиттальность 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 сагитталам, 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 несея 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 скупой 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 неумевшая 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 сторону.

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 диагонал 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 туловищу. Во всякую минуту закрытый диагонал 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 диагональ

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 диагональ 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 диагональ 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 диагональ 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 укрепить статически, требует нарушения симметрии в теле и ответного уравнивающего 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 диагоналя. 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 диагональ 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 гибкость к планированию (конечно, в соответствующей возрастной 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 диагональ умеет найти у каждого его большое место, так открытый диагональ 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 диагональности. 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 диагональности, 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, от чего 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 уравнивает или дополняет. Этим она отличается от сагиттальности и фронтальности, в которых основная масса тела в большинстве случаев остается «нерасчлененной» и неприспособленной к закономерно уравнивающим 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 еще 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 смещение 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 приходится 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 попадает 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 подготовительного класса перемена. Все бегает, 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, расширяться 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 расширяться, занять побольше 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 развесные, 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 сагиттальностью 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

710

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 Валу 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 подзреваемую возможность нападения на себя, закрытый диагональ никогда не уверен в своих силах. Наступая, он готов во всякое мгновение отступить, подбегая, готов к убегающему. 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 сжатие вынуждало ее развивать силу удара не столько за счет движений рук, сколько за счет перебега, 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-диагонален 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 стабилизированы, 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; вверх, параллельно или выворотом 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: фронтолы здесь в большинстве случаев расширяют, разбрасывают руки, сагитталы вытягивают вперед или вниз, закрытые диагонали прижимают к туловищу и сближают локти, открытые диагонали несимметрично разводят руки. Вариантов может быть много, но суженность или расширенность большей частью связывается с типом. Точно так же перекалывание 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 непосредственное 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 диагоналям, второе — фронтолам. Однако сжатие в таких случаях может наблюдаться и у фронтолов, у закрытых же диагоналей смущение может выражаться в кривлянии, в растрепанных беспорядочных действиях. Все это приходится учитывать при анализе личности в аспекте психомоторики. Закрытые диагонали 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 различие частей внутри одной пьесы, различие музыкальных фраз. В 3-ю шестидневку внимание фиксировалось на характере детских движений по вертикали: вытянутость, согнутость, стояние, лежание, приседаний, подъемы, прыжки; в музыке — различие 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 выявлен<sup>1</sup> 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 предreshены 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 фронталя 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 ввне цели. Так же рассеяны, разнонаправлены интересы трудного ребенка этого типа и его взаимоотношения с людьми. Поэтому педагогически желательно собрать интересы трудного фронталя, сделать их более определенными и постоянными; в плане взаимоотношений с коллективом — привязать его более прочно к одному товарищу, добиться выделения фронталя 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 покровительствуемого. Получается вред для обеих сторон. Таких детей лучше не только разъединять во время урока, но держать на расстоянии друг от друга. В работе с фронтами, 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 фронтам 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 корректирующей моторике работе общего расширения движений и особенно развития противодвижения, разнонаправленных и уравнивающих 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 сагиттала 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, устанавливая и закрепляя контакт с ним. И уже затем, пользуясь этим контактом, вводить его в групповые занятия, разворачивать диапазон его движений и взаимоотношений со средой. Сагиттала полезнее соединять не в пару, не с одним ребенком, а с двумя, тремя, четырьмя детьми, организовывать их в круг, 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 диагональность, 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 психологическом плане встает вопрос о преодолении у детей этого типа обостренного чувства малоценности и переведения их отрицательных способов самоутверждения в способы положительные. Негативная установка закрытых диагоналей 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 диагональ 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

боятся действовать из-за неуверенности в себе, то закрытого диагоналя 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 удастся, решается сделать то же самое на общем уроке. Поэтому хорошие результаты дает индивидуальная проработка с закрытыми диагоналями 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 диагоналя 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 диагоналям 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 работа 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 С., близнецы-пяtilетки, 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 шагами.

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 относиться 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 отстающих 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 Феде 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 вверх и вниз 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 круга, 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 вверх 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 вверх. 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  $\frac{2}{4}$  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  $V_4$  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 перекалывания. Развиваются равновесие, противодвижение, синтетическая согласованность движений. Счет  $\frac{3}{4}$  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. Обожав 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  $\frac{3}{4}$ . 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 ориентированный 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 маршрутировок, 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 Феи 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 случаях 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 индивидуализации групповых музыкально-двигательных занятий. Входя в целое с самого начала и оставаясь в игре, неорганизованный, отстающий 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 овладеть 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)<sup>1</sup>**

#### **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-

<sup>1</sup> Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. Т. I. М., 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 ограничено, 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 комплексом<sup>2</sup>. 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 покусуют). 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 воображении — 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 и<sup>1</sup> 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.

744

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, интернализировал 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 эпизодах<sup>3</sup>.

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-

<sup>3</sup> 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 (B. 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 «постскрипуме» 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 историй<sup>4</sup>. 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!»<sup>5</sup>.

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»<sup>6</sup> и «Маленького полковника»<sup>7</sup> — есть маленький мальчик

<sup>4</sup> Здесь вспоминается тема зверей-помощников, встречающаяся в мифах и обсуждающаяся время от времени в психоаналитической литературе, однако под другими углами зрения. См.: Rank O. The myth of the birth of the hero..N. Y., 1914.

<sup>5</sup> «Lieber Jager, lass mich leben / Ich will dir zwei Junge geben!»

<sup>6</sup> Alice Hodgson Burnett.

<sup>7</sup> Annie Fellows Johnston.

или девочка, которым, в противоположность всем ожиданиям, удастся «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 преобразует 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, возобладавало 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 поколеблены<sup>8</sup>.

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 (H. Deutsch, 1933) показывает значение этого процесса в генезисе хронической гипомании. Бертрам Левин (B. D. Lewin, 1932) описывает, как этот же самый механизм используется вновь сформированным наслаждающимся Эго (pleasure ego) пациента с гипоманией. Анни Ангель (A. Angel, 1934) отмечает связь между отрицанием и оптимизмом.

740

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 удастся 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, обозначающая 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 удовольствие, 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 растрчивает 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 направляет<sup>1</sup> 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 отдельно 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 пробежала 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, 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 интроекции сочетается с другим важным механизмом. Воплощая агрессора, принимая его атрибуты или имитируя его агрессию, ребенок преобразуется 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. Обратление 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 лечила<sup>9</sup>.

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

<sup>9</sup> 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 Крэмпуса<sup>10</sup>, 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 прут и ножом, он драматизировал и предвосхищал наказание, которого так боялся. Он интроецировал 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 интернализации 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

<sup>10</sup> 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 интернационализированная 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 Ид<sup>11</sup>. 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 раздражающих 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, недостижимым 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, заложенным 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 детско-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 лично 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 ИДЕНТИФИКАЦИИ<sup>1</sup>**

#### **ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТЬ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ В ДЕТСКОЙ 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 З. 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 З. 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 З. 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» — З. 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. поговорку «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; *Гиллеспиз*. 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 (гомоэротич-ки). «Основы психоанализа», № 1 за 1914г.; 3. *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, «Психоаналитический журнал», № 25, 1940, с. 124—130; *Задгер*, 1921; *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.Папье*. Симпозиум по гомосексуализму,

«Психоаналитический журнал», № 45, 1964 г., с. 210—213);

5) чрезмерная положительная или отрицательная связь {любовь или ненависть} с отцом или матерью (З. 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 догетеросексуальной 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 (З. 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 гетеросексуальности<sup>TM</sup>. 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 агрессивные-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 опрятности; 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, соращения, 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 преедипальный 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, предпубертатности 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 сопротив-

ляться 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 разбора 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 преобладают 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 эротика. 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 эротика. 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 усиливаться 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 женственности, 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 одновременно 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.; предпочитают 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, которые 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 отчетливой там, где речь идет о «фетишизме» детей. Эта тема нашла обширную разработку в психоаналитической литературе (подробную библиографию см. у Мелитты 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 преедипальном 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 недостижим, 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-полнены 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 нарциссическим или объектным либидо и в качестве «переходного объекта» (Винникотт, 1953) создает мост между собственным телом ребенка и матерью как персоной внешнего мира. Согласно Винникотту, "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 особую 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 Винникоттом 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, терение, 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 непереносимое 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 застревает на прегенитальных точках фиксации и ослабляет генитальность 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.
- Ариавский И. А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития. М.: Наука, 1982.
- Бадаля 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 аутистическими, в поведении эмоционально-депривированных младенцев первых двух лет жизни // I Международная конференция памяти А.Р. Лурия, 24—26 сентября 1997, тезисы докладов. С. 8—9.
- Бернштейн И. А. О построении движений. Медгиз, 1947; М.: Наука, 1990.
- Бехтерева И. П. Здоровый и больной мозг человека. Л.: Наука, 1988.
- Блейлер В. Руководство по психиатрии. М., 1993.
- Блум 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.
- Вельтищев Ю. Е., Дементьева Г. М. Задачи неонатологии на современном этапе // Вопр. охр. мат. 1988. № 6. С. 7—12.
- Виллюнас 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 раздражителя // Вопросы 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 // Вопросы психоневрологии детей и подростков. М., 1936.
- Винокурова А. И. Шизофренические 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., Цинзерлинг А. В., Иоакимова 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 общепсихологических и частных подходов для формирования психологических концепций в педиатрии и педологии // Методология и социология педиатрии: Сб. научн. трудов. СПб: Изд-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.
- Выготский Л. С. Проблема развития в структурной психологии // В кн. К. Коффа. 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., Исеев 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.

Гребельская 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 T., Zinda B.] 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., Петрухин 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. № 1. 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 // Вopr. 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 эйдемического-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. Р.М. 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 Пукианская 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.

Казан В. Е. Аутизм у детей. Л., 1981.

Казан 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 дошкольного 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 дионтогенез как клинко-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 т. 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 Vizzello & D.N. Stern, М.: Российская психоаналитическая ассоциация, 1994. С. 112—145.

Кречмер Э. Об истерии. Гиз, 1928.

Кудрявцева В. П. К клинике своеобразной формы детского слабоумия (Dementia infantilis) // Вопросы 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 в 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 З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага, Авиценум, 1984.
- Лаплани 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 обследования)//В кн.: «Всесоюзная конференция по организации психиатрической и неврологической помощи детям». 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, 1989.
- 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. Нейропсихологический 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., Стиваковская А. С., Раменская О. Л. Патопсихологическая структура игровой деятельности детей, больных шизофренией//Дефектология. 1974. № 4.
- Лебединский В. В. Детский аутизм как модель психического дизонтогенеза//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 патопсихологии//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., Баенская 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 онтогенезе//В сб. «Проблемы психолингвистики». Инст. языкознания АН СССР, 1975.
- Лейя
- 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. Обратная 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 З. Нарушения развития у недоношенных младенцев. Дипломная работа. Руководитель Л. Л. Баз. 1998.
- <sup>1</sup> 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-Вильямс 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//Проблемы 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 шизофренического 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.
- Мэзун 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 ВНИИПЗ 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 олигофренов//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 И. И. Психопатология детского возраста. Л., 1938.

Озерецкий И. 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) животных. 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 психоастеника//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.

Рау Н.А. О творческих играх глухонемых школьников//Сб. трудов НИИ спец. школ АПН РСФСР. Л., 1947. Т. VI.

Рау 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., Дэир К. Психоаналитическое понятие оральности//Энциклопедия 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 умственно 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. № 6. С. 73—82.

Симонов П. В. Мотивированный мозг.<sup>1</sup> 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 возрасте//В сборнике: XXXV лет научной деятельности Г. Н. Сперанского. М., 1934.

Симеон Т. П. Начальные симптомы шизофрении раннего детского возраста//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 симптомокомплексов//Труды психиатра, клиники 1-го ММИ. М., 1934.

Симеон Т. П., Кудрявцева В. П. Клиника шизофрении дошкольного возраста//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 З. А. К вопросу о негативной фазе развития в пубертатном возрасте//В сб.: «Вопросы психоневрологии детей и подростков». Т. III. М., 1936.

Соловьев-Эллидинский 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 девиантного 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 психiatr. 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 шизофрений// Современная психоневрология. 1933. №6.

Сухарева Г. Е., Коган. Резидуальные состояния при бурно протекающих формах шизофрении, ремит- и интермиттирующего 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.

Трайротт Н. Н. О сенсорной 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. Neurg., 88, 1924

Филимонов - Z. Neurg., 115, 1928

Флейвелл Д. Х. 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 З. 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., Харлоу М., 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 церебральными.

Хомская Е. Д. К вопросу о роли речи в компенсации двигательных реакций//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.