Boxoft Image To PDF Demo. Purchase from www.Boxoft.com to remove the watermark

Анна Фрейд

НОРМА И ПАТОЛОГИЯ В ДЕТСТВЕ:

ОЦЕНКА ДЕТСКОГО РАЗВИТИЯ

Сборник работ

Электронное издание

Москва
Институт общегуманитарных исследований
2016

УДК 159.964.26
ББК 88.8
Ф86

Фрейд, А.

Ф86 Норма и патология в детстве: оценка детского развития [Электронный ресурс] : сборник работ / А. Фрейд ; пер. с англ. — Эл. изд. — Электрон. текстовые дан. (1 файл pdf : 203 с.). — М. : Институт общегуманитарных исследований, 2016. — (Современная психология: теория и практика). — Систем. требования: Adobe Reader XI либо Adobe Digital Editions 4.5 ; экран 10".

ISBN 978-5-94193-917-6

Работы Анны Фрейд в области детской психологии направлены на оказание помощи и поддержки подрастающему поколению в его движении по пути созревания и предназначены родителям, педагогам и другим взрослым, сопровождающим его на этом пути. Читатель, а это может быть родитель, воспитатель, социальный работник, школьный учитель, педагог-психолог, руководитель образовательного учреждения, найдет в этой книге, а также втором вышедшем в данной серии сборнике работ А. Фрейд, освещение таких животрепещущих тем, как бессознательная составляющая сознательного поведения; мотивы отклоняющегося поведения ребенка; механизмы складывающихся отношений между учителем и классом (руководителем и группой); взаимосвязь поведения ребенка в школе и обращения с ним в семье; влияние домашней обстановки на формирование характера ребенка; последствия того факта, что ребенок является младшим, средним или старшим в семье; причины детской агрессивности, «прилипчивости», слабой способности к кооперации и возможности педагогического влияния на эти процессы; и, наконец, принципы воссоздания объективной картины сложных обстоятельств, в которых формируется «Я» каждого ребенка.

УДК 159.964.26
ББК 88.8

Деривативное электронное издание на основе печатного издания: Норма и патология в детстве : оценка детского развития / А. Фрейд ; пер. с англ. — М. : Институт общегуманитарных исследований, 2016. — 271 с. — (Современная психология: теория и практика).— ISBN 978-5-88230-327-2.

В соответствии со ст. 1299 и 1301 ГК РФ при устранении ограничений, установленных техническими средствами защиты авторских прав, правообладатель вправе требовать от нарушителя возмещения убытков или выплаты компенсации.

ISBN 978-5-94193-917-6 © Институт общегуманитарных исследований, 2016

ПРЕДИСЛОВИЕ

Работы Анны Фрейд в области детской психологии продолжают, а точнее, развивают идеи ее знаменитого отца. Будучи перенесенным в сферу изучения психологии ребенка, психоанализ в своем «детском варианте» в целом приобрел сугубо прикладную направленность.

Имея своей целью оказание помощи и поддержки подрастающему поколению в его движении по пути созревания, а также родителям, педагогам и другим взрослым, сопровождающим его на этом пути, психоаналитическая психология проникла в школы, детские сады и другие воспитательные и образовательные учреждения.

Вторжение психоанализа в поле детской психологии принесло свои плоды. Опираясь на огромное количество фактического материала, почерпнутого из тщательных наблюдений за тончайшими движениями и последствиями случаев детской патологии, за поведением детей в условиях различных учебно-воспитательных учреждений, детский психоанализ представил детальную характеристику возрастных этапов формирования психики с позиций совершенствования контроля над психофизическими функциями.

Сегодня, спустя более полувека существования детского психоанализа как самобытного метода психотерапии, а также «эго-психологии» как оригинального теоретического подхода, существующего в русле психоаналитической мысли, не остается сомнений в том, что в этих направлениях достигнуты впечатляющие результаты и почетный доктор Университета Кларка (США) и Венского университета (Австрия) Анна Фрейд имеет заслуженное право стоять в одном историческом ряду с основателем психоанализа Зигмундом Фрейдом.

Цель данного издания — подчеркнуть актуальность и непреходящее значение наследия, оставленного Анной Фрейд. Пред-

ставленные здесь работы, охватывающие весь спектр ее интересов, в западном сознании давно и заслуженно успели стать классикой не только в области детской психологии, но и социальной работы, послужили основой некоторых воспитательных подходов, опирающихся на взаимосвязь психоанализа и образования.

Человек, избравший своей судьбой, своей карьерой путь, связанный с работой в детском учреждении, просто не имеет права оставаться некомпетентным в области, описывающей особенности развития психической жизни ребенка. Более того, Анна Фрейд полагает справедливым требование, которое должно быть предъявлено любому воспитателю или учителю перед началом их педагогической деятельности: разобраться в собственных проблемах и научиться избегать конфликтов. В противном случае дети могут оказаться лишь: «более или менее подходящим материалом для решения собственных проблем воспитателя и проявлений его бессознательного».

Актуальность тематики выступлений Анны Фрейд, опубликованных в этой книге, вселяет уверенность в том, что она в состоянии помочь современному педагогу решать сложные и даже более того, кажущиеся неразрешимыми задачи, поскольку учит отслеживать особый, первоначально скрытый смысл происходящего и убеждает в том, что подготовленный профессионал все же располагает в нелегком деле воспитания подрастающего поколения, возможностью оставаться объективным по отношению к детским переживаниям, освобождаясь (в строгой последовательности, предложенной детским психоанализом) от поверхностных, преждевременных и предвзятых суждений, характерных для неподготовленного сознания.

В заключение остается выразить надежду, что активная деятельность по популяризации психоаналитических идей, которая долгие годы велась Анной Фрейд и ее последователями, приведшая к эволюции этих идей и закономерному перемещению их в область педагогических исследований, найдет понимание, получит отклики и вызовет позитивный резонанс в кругу психолого-педагогической общественности.

Мы также надеемся, что эта книга способна вызвать прилив энергии и стать полезной прежде всего профессионалам, ежедневно решающим непростые задачи детского воспитания и развития.

Юрий Злобин, редактор.

НОРМА И ПАТОЛОГИЯ В ДЕТСТВЕ: ОЦЕНКА ДЕТСКОГО РАЗВИТИЯ

Глава первая

Взгляд на детство с точки зрения психоанализа

Использование данных, полученных в анализе взрослых

Открытие того факта, что «истерические больные страдают главным образом от своих воспоминаний» (Breur and Freud, 1983), стало началом психоанализа. Аналитики стали интересоваться преимущественно прошлым своих пациентов, а не их актуальными переживаниями и в большей степени проблемами, свойственными этапам роста и развития, чем зрелости.

В связи с этим возросли надежды на то, что психоаналитики могут быть так же компетентны в вопросах детского психоанализа, даже если они работали только со взрослыми пациентами. Их знания в области психического развития и их понимание взаимосвязи между внутренними и внешними силами, которые определяют индивидуальность каждого человека, должны были автоматически разъяснить все вопросы, которые связаны с эмоциональным состоянием ребенка или его нормальным развитием.

Однако следует заметить, что в то время было сделано очень мало для практического воплощения этих идей. Все усилия были

направлены преимущественно на то, чтобы выработать и усовершенствовать методику, которая выявила новые факты, касающиеся последовательности либидозных фаз развития (оральная, анальная, фаллическая), эдипова и кастрационного комплексов, амнезии раннего детства и т. д. Так как эти немаловажные открытия основывались на выводах, сделанных в ходе психоанализа взрослых пациентов, метод «реконструкции» детских переживаний был поставлен во главу угла и на его основе были сформированы многие понятия, являющие собой костяк современного детского психоанализа.

С другой стороны, потребовалось не более одного или двух десятилетий подобных исследований до того, как ряд авторов вышли за рамки простой теории и начали претворять в жизнь новые решения в области воспитания детей. Анализ взрослых невротиков не оставил сомнений в том, как велико влияние родительских отношений и отношений окружения, а также неискренности родителей в сексуальных вопросах, нереально высоких моральных требований, чрезмерной строгости так же, как и чрезмерной снисходительности, ненужных запретов, наказаний, раннего совращения. Изменить отношения путем улучшения условий воспитания и, таким образом, ввести так называемое «психоаналитическое воспитание», которое помогло бы предотвратить развитие неврозов, казалось сложной задачей.

Теперь, по прошествии более пятидесяти лет, оглядываясь назад, мы видим длинную череду ошибок и неудач. В то время было практически невозможно составить полную законченную систему стимулов, аффектов, взаимосвязей, орудий, функций и защитных механизмов эго, взаимозависимости и взаимодействия ид и эго и вытекающих отсюда нарушений развития. Теория психоанализа расширяла свои границы, за одним открытием следовало другое. Применение соответствующих познаний в вопросах воспитания и предупреждение умственных заболеваний происходили не иначе, как постепенно, шаг за шагом, следуя трудной и тернистой дорогой. По мере того, как совершались новые открытия в области клинических исследований или теоретиками разрабатывались нововведения и изменения, они выносились на обсуждение, трансформировались в предупреждения и наставления для родителей и учителей и становились неотъемлемой частью аналитического воспитания.

Последствия этих экстраполяций теперь хорошо известны. Так, в свое время, когда психоанализ особо подчеркнул совра-

щающее влияние ситуации, когда ребенок делит постель с родителями, и травматические последствия «первичной сцены» — наблюдения детьми полового акта родителей, последовали советы избегать физической интимной близости с детьми и предостережения от совершения сексуальных актов в присутствии даже самых маленьких детей. Когда в процессе анализа взрослых было подтверждено, что запрет на удовлетворение сексуального любопытства во многих случаях является причиной задержки интеллектуального развития, стало пропагандироваться раннее сексуальное просвещение. Когда обнаружилось, что истерические симптомы, фригидность, импотенция и т. д. восходят к запрету и последующему подавлению сексуальных проявлений детства, психоаналитическое воспитание было переориентировано на снисходительное, терпимое, либеральное отношение к проявлениям инфантильной прегенитальной сексуальности. Когда новая теория инстинкта определила агрессию как основное влечение, толерантность также была распространена на появления ранней детской враждебности, желание смерти родителей и сиблингов и так далее. Когда определили, что тревога играет центральную роль в формировании симптомов, все усилия были устремлены на то, чтобы снизить страх перед родительской властью и авторитетом. Когда чувство вины оказалось следствием конфликтов с внешним миром, за этим последовал строгий запрет на все воспитательные меры, способствующие формированию суперэго. Когда новый структурный взгляд на личность возложил ответственность за поддержание внутреннего баланса на эго, это вылилось в необходимость поощрения развития в детях силы эго, решительно оберегая их от воздействия, давления инстинктов. И уже в настоящее время, когда аналитические исследования были переориентированы на самые ранние события первых лет жизни и высветили их значимость, последовавшие открытия привели к новым и в некоторых отношениях революционным способам ухода за грудными детьми.

Благодаря этим длительным и тщательным разработкам, психоаналитическое учение не может быть признано несистематичным. Более того, его развитие проходило по спирали — вначале внимание концентрировалось на свободе побуждений, затем на силе эго, потом вновь на сохранении либидозных отношений. В поисках факторов, вызывающих отклонения, и защитных мер использовались последние психоаналитические исследования, которые обеспечивали более удачное решение проблемы.

Одни из советов, данных родителям в тот период, были согласованы друг с другом, другие — прямо противоположными и взаимоисключающими. Некоторые из них оправдывали самые радужные надежды. Таким образом, психоанализ числит среди своих успехов большое доверие и доброжелательное отношение между родителями и детьми, которое было достигнуто после того, как появилась искренность в обсуждении сексуальных вопросов. Другая победа была одержана над упрямством, свойственным определенной стадии раннего возраста, которое исчезало почти во всех случаях без исключения после того, как были выявлены все проблемы анальной фазы и приняты соответствующие меры. Также после того, как в соответствии с установлением более внимательного и тщательного подхода к оральным потребностям изменилось отношение к кормлению младенцев и отнятию их от груди, исчезли некоторые свойственные детям нарушения питания. Определенные типы расстройства сна (например, проблемы засыпания) были устранены после того, как смягчилось отношение к мастурбации, сосанию пальца и другим видам аутоэротических действий.

С другой стороны, не было недостатка в разочарованиях и сюрпризах. Неожиданностью явилось то, что даже если детям доступно и простым языком разъясняют вопросы секса, это воспринимается неадекватно, и что они упорно продолжают верить в собственные представления о сексе, которые изображают отношения между взрослыми в соответствующих возрасту понятиях оральности и анальности, жестокости и грубости. Не менее неожиданным стало то, что снятие запрета на мастурбацию имело — кроме позитивных последствий — определенный нежелательный эффект в формировании характера, а именно, ликвидация чувства напряженности и борьбы, которое, несмотря на его патогенное влияние, служило также фундаментом морального воспитания (Lampl-de Groot, 1950). Кроме того, избавление ребенка от тревоги оказалось невыполнимой задачей. Родители делали все возможное, чтобы ребенок не испытывал страха перед ними, но это привело только к тому, что возрастало чувство вины, то есть страх ребенка перед собственной совестью. В свою очередь, снижение строгости суперэго приводит к тому, что ребенок становится подвержен всем возможным тревогам, то есть чувствует беззащитность перед давлением своих инстинктов.

В итоге, несмотря на множество открытий, психоаналитическое воспитание так и остается перед целью, поставленной с

самого начала. Было бы справедливо, если бы дети, выросшие в современных условиях, хотя бы в некоторой степени отличались от предыдущих поколений, но они не свободнее от страха и от конфликтов, и они в не меньшей степени подвержены невротическим и другим психическим заболеваниям. Согласно вышесказанному, не существует «панацеи от невроза». Само деление на ид, эго и суперэго дает нам представление о физической структуре, в которой каждая часть имеет свое специфическое происхождение, определенные цели и предпочтения и свой индивидуальный режим функционирования. По определению, различные психологические факторы находятся в противоречии друг с другом, и это порождает внутренние разногласия, которые воплощаются в сознании как психические конфликты. Эти последние существуют там, где имеет место сложное структурное развитие личности и характера. Конечно, есть примеры, когда «психоаналитическое воспитание» помогает ребенку принимать правильные решения, которые способствуют сохранению его психического здоровья. Но также есть и много других, когда внутренние конфликты не могут быть предотвращены и становятся причиной тех или иных отклонений в развитии психики.

Возникновение детского анализа и его последствия

Многие сомнения и неопределенные моменты были разрешены с появлением детского анализа. Психоаналитики приблизились еще на один шаг к определению того, что должно было быть определено в самом начале — к детским ожиданиям и их реализации.

Для психоаналитической детской психологии, которая до этого базировалась исключительно на реконструкции анализа взрослых, таким образом открывался второй обширный источник. Для аналитиков стало важной теоретической задачей сравнение и противопоставление экспериментальных данных того и другого вида. Но детский психоанализ основывался не только на этом. Помимо изучения «взаимосвязей между конкретным окружением и развитием способностей ребенка», было выявлено «множество интимных подробностей о жизни детей», а именно то, что «фантазии так же как и обычные переживания возможно наблюдать, если только психоаналитик обеспечит обстановку, в которой мечты и ночные кошмары ребенка становятся понят-

ными»[1]. Для аналитических терапевтов важно, что в раннем анализе для сознания пациента и наблюдения аналитика еще доступны инфантильные комплексы и их патологические последствия, то есть аналитик работает с возрастом, в котором пока еще не достигли своей полной силы инфантильная амнезия и покровные воспоминания.

Подробное изучение проблем детства, которые вытекают из многолетней практики психоанализа, основывается на индивидуальном подходе к развитию личности, что отличается от взглядов тех коллег, которые видят детский анализ только через призму выводов, сделанных на основе наблюдений над взрослыми. Поэтому детские аналитики не только предлагают долгожданные подтверждения аналитических предположений, они также содействуют нахождению решений, поскольку альтернативные гипотезы продвигаются реконструктивными методами[2]. Они смещают акценты на специфические области и вносят коррективы в традиционные взгляды (A. Freud, 1951). И кроме всего прочего, они, как я попытаюсь показать далее, могут также внести свой вклад в метапсихологию и теорию психоаналитической терапии.

Непосредственное наблюдение детей на службе психоаналитической детской психологии

В своих теоретических рассуждениях аналитики недавно «пришли к соглашению, что психоанализ (и в особенности детский) не следует ограничивать данными, полученными с помощью исключительно психоаналитических методов» (Heinz Hartmann, 1950a). Несколько иначе обстояло дело на практике. Уже после выхода в свет *«Трех очерков по теории сексуальности»* (Freud, 1905), первое поколение аналитиков начало наблюдать и описывать поведение своих детей с учетом деталей инфантильной сексуальности, эдипова и кастрационного комплексов. Воспитатели детских садов, школьные учителя, люди, работающие со взрослыми, делинквентными и малолетними преступниками, применяли аналитические методы в своей работе в 20-х и 30-х годах, задолго до того, как такая работа — уже после войны — развернулась в систематическое и организованное предприятие.

---

[1] См.: Ernst Kris (1951).

[2] Ernst Kris (1950); Robert Waelder (1936).

Тем не менее, что касается наблюдений вне аналитической ситуации, аналитики, обычно имеющие дело с вытесненным и бессознательным материалом, испытывали к этому сильное недоверие, прежде чем смогли включить в сферу своих интересов результаты наблюдений внешнего поведения. В этом отношении будет небесполезно осветить отношения между психоанализом и непосредственным наблюдением[2] в их развитии за последние годы. На вопрос — возможно ли с помощью исследования поверхности сознания постичь структуру, механизмы функционирования и содержание личности — в разное время отвечали по-разному, и лишь с открытиями в области детского развития этот вопрос все чаще получает положительный ответ. Хотя не существует строгой исторической последовательности, которую можно было бы проследить, есть определенные аспекты и факторы, которые отчасти последовательно, а отчасти разрозненно освещают этот вопрос.

Сосредоточенность аналитиков исключительно на глубинном материале

На раннем этапе развития психоанализа и задолго до того, как зародился детский анализ, отношения между анализом и поверхностным наблюдением характеризовались в целом как отрицательные и враждебные. Это было время открытий бессознательного и постепенного развития аналитических методов — двух направлений, которые неразрывно связаны друг с другом. Задачей пионеров психоанализа было скорее подчеркнуть различие между наблюдением и скрытыми импульсами, чем их тождественность, чем попытаться установить факт существования скрытой, то есть бессознательной мотивации. Кроме того, проводимая работа имела оппозицию в лице общественности, которая отказывалась верить в существование бессознательного, к которому сознание не имело свободного доступа, или в возможность влияния на сознание таких факторов, которые недоступны непосредственному наблюдению. Непрофессиональная публика была склонна наделять аналитиков сверхъестественной способностью раскрывать самые сокровенные тайны человека с первого взгляда и упорствовала в своих заблуждениях, несмотря на все заявления аналитиков о том, что в своей работе они пользуются трудоемкими и медлительными методами, без которых видят не более чем микробиолог, лишенный своего микроскопа. Психиатры, даже признанные, не делают различий между реальными случаями изнасилования отцами-психотиками своих дочерей и бессознательными, скрытыми влечениями эдипова комплекса и называют пер-

вые вместо вторых «фрейдистскими фактами». В известном в свое время уголовном деле судья в своем обвинении даже ссылался на тот факт, что повсеместно сыновья желают смерти своим отцам, не учитывая при этом того, какие психические деформации необходимы, чтобы бессознательные и вытесненные импульсы стали сознательными намерениями и воплотились в действии.

Академические психологи, в свою очередь, пытались проверить или опровергнуть правомочность эдипова комплекса с помощью вопросников и анкет, то есть методами, которые в принципе по своей природе не способны проникнуть за барьеры, отделяющие сознательный разум от бессознательного и обнаружить у взрослых вытесненные остатки инфантильных эмоциональных стремлений.

Также и молодое поколение аналитиков этого времени было склонно смешивать содержание бессознательного с его очевидными проявлениями. В обучающих психоаналитических курсах, посвященных интерпретации сновидений, например, на протяжении многих лет одной из наиболее трудных задач для инструкторов было обучить дифференцировать скрытое и явное содержание сновидений и внушить студентам, что бессознательное стремится не проявляться на поверхности незамаскированным в процессе работы над сном и что сознательное содержание сна косвенным образом выражает скрытое содержание. Кроме того, стремясь проникнуть за границы сознания и навести мост между поверхностью и глубиной, многие пытались увидеть за внешними проявлениями страдающих от специфических бессознательных импульсов кровосмесительные или садомазохистские фантазии, кастрационные тревоги, желания смерти и т. д. — попытки, которые в то время были неосуществимы и, следовательно, ошибочны. Неудивительно, что в подобных условиях всех студентов-психоаналитиков предостерегали от того, чтобы пытаться использовать метод внешнего наблюдения, их не обучали работе с пациентами путем объяснения вытесненного материала и они не могли иметь дело с методами, которые только представляют угрозу главной аналитической задаче, — совершенствованию самой аналитической техники.

Производные бессознательного как материал для наблюдения

В тот же период существовали и другие открытия и факторы работы, которые помогали смягчить такой бескомпромиссный подход по отношению к поверхностному наблюдению. В конце

концов, аналитики использовали в целях терапии не бессознательную часть психики человека саму по себе, а ее производные.

Аналитическое сообщество, разумеется, ограничивалось специфическими мерами, которые способствовали получению таких производных посредством полной релаксации, в которой пациент легко подчиняется таким условиям, как временное прекращение действия его критической функции, — что делает возможным появление и выражение свободных ассоциаций; исключение моторной подвижности, которое способствует тому, что даже наиболее опасные импульсы могут быть вербализованы безобидно, без всяких последствий; использование личности аналитика в качестве объекта для переноса прошлых переживаний и т. д. Но, несмотря на то, что с помощью этих технических приспособлений производные бессознательного становятся более обильными и проявляются в более четкой последовательности, они прорываются из глубины и вторгаются в сознание не только в условиях аналитической сессии. В той степени, насколько аналитик готов вне зависимости от условий и обстоятельств воспринять проявления бессознательного, настолько же он склоняется учитывать их в качестве «рабочего материала». У взрослых это оговорки, ошибочные и симптоматичные действия, которые выражают подсознательные и бессознательные побуждения, сюда же следует отнести типичные сновидения и символику сновидений, значение которых может быть раскрыто и без интерпретационной работы. У детей, кроме того, это элементарные сновидения, которые обнаруживают скрытые желания, а также мечты, грезы которые предоставляют данные, касающиеся стадии либидозного развития маленького пациента с минимальными искажениями. Примером последних служат героические фантазии и фантазии избавления, которые свойственны мальчикам в период наивысшего развития их маскулинных стремлений; фантазии о семье и фантазии близнецов (Dorothy Burlingham, 1952), свойственные детям в латентный период как свидетельство разочарования родителями; фантазии об избиении, наличие которых указывает на фиксацию на садомазохистской, анальной стадии инфантильной сексуальности. Всегда находились аналитики, которые в большей мере, чем остальные, использовали подобные проявления для выявления бессознательного контекста. Однако та простота, с которой они выявляли эти связи, могла ввести их в соблазн отказаться от полного сотрудничества с пациентом, не заглядывать глубоко в бессознательное и игнорировать сопротивление. Но то же отношение к бессознательному, которое может превратить правильного

аналитика в «дикого», является необходимым условием для аналитического наблюдателя, который с помощью подобных методов может переводить различные виды внешних проявлений в ценную аналитическую информацию.

Защитные механизмы как материал наблюдения

Внешние проявления подсознания у взрослых и детей становятся еще более явными для аналитиков, когда внимание сосредоточено не только на подтексте и производных бессознательного, то есть на побуждениях, фантазиях, образах и так далее, но и на методах эго, препятствующих проявлению этих факторов в сознательном поведении. Хотя эти механизмы сами по себе являются автоматическими и бессознательными, их результаты достаточно явственны для наблюдателя-аналитика. Что, разумеется, не относится к такому механизму эго, как *вытеснение.* Ясное и простое, оно не оставляет никаких следов своей деятельности, на поверхности не остается ничего, кроме отсутствия тех склонностей и стремлений, которые, согласно психоаналитическому представлению о норме, являются обязательными компонентами личности. Если, например, родители описывают свою маленькую дочь как «нежную, ласковую, скромную, послушную», аналитик отметит очевидное отсутствие таких свойственных детству качеств, как жадность и агрессия. Если родители подчеркивают, что их старший ребенок «любит младших», аналитик будет искать скрытую зависть и ревность. Если ребенок описан родителями как «безразличный и не проявляющий интереса к различиям между мальчиками и девочками, детским гениталиям, взаимоотношениям между родителями», для нас очевидна внутренняя борьба, которая приводит к сознательному угашению здорового сексуального любопытства, и т. д.

К счастью, существуют и другие защитные механизмы, которые облегчают работу аналитика. Одним из них является *формирование реакции,* которое по определению выявляет скрытые мотивы реальных действий. Маленький мальчик, испытывающий сильный страх «всегда, когда отец вечером или в ненастную погоду уходит из дома», выдает тем самым свое вытесненное желание его смерти; то же самое касается детской тревоги, когда ребенок ночью прислушивается к дыханию спящего сиблинга, который, если недосмотреть, «может умереть во сне». Свойства стыда, жалости, отвращения, как известно, приобретаются детьми не иначе, как в результате внутреннего сопротивления проявлениям эксгибиционизма, жестокости, желания пачкаться; их появление,

таким образом, является ценным диагностическим указателем. Подобным образом *сублимации* очень легко могут быть сведены к ими символизируемым примитивным импульсам, от которых они произошли. *Проекции* маленьких детей выдают их восприимчивость к множеству нежелательных качеств и установок и т. д.

Перенимая передовой психоаналитический опыт, аналитики также проявляют все больший интерес к проявлениям специфических комбинаций установок, то есть личностным типам, которые можно заметить невооруженным глазом и которые могут дать значимую информацию. Этот путь был открыт благодаря углубленному изучению генетических корней навязчивого характера, специфические свойства и наклонности которого — аккуратность, опрятность, упрямство, пунктуальность, скупость, нерешительность, накопительство и т. д. — берут свое начало из бессознательных анально-садистских стадий побуждений. Неясно, почему этот феномен, хотя и был изучен в числе первых, остается единственным в отношении инструктивных связей между поверхностными и глубинными процессами. Здесь мы разделяем высказанное З. Фрейдом предположение, «что и другие свойства характера сходным образом являются конденсатами или реактивными образованиями определенных прегенитальных формаций...» (1932).

Фактически, с момента написания этих строк в 1932 году, уже подтвердилось множество таких гипотез, особенно в отношении орального и генитального типов характера, в частности относительно детей младшего возраста. Если ребенок проявляет жадность, алчность, стремление к зависимости, требовательность или если у него развит страх отравления или он отказывается от пищи и т. д., очевидно, что угроза его развитию и прогрессу проистекает из точки его фиксации на оральной стадии. Если он демонстрирует крайнюю амбициозность, связанную с импульсивным поведением, мы делаем заключение о фиксации на генитальной стадии. Во всех этих примерах связи между вытесненным содержанием ид и проявляющимся эго так неоспоримы и прочны, что аналитику достаточно одного взгляда, чтобы сделать точные выводы: что происходит или уже произошло в потайных уголках человеческого сознания.

Другие формы детского поведения как материал наблюдения

Постепенно с течением времени возникало «осознание того, что определенные знаки и сигналы, проявляющиеся в по-

ведении человека, могут быть небесполезны для аналитика» (Hartmann, 1950a). Многие поступки ребенка в результате анализа становятся понятными и могут быть выявлены те бессознательные моменты, которые лежат в их основе. Очевидность такого факта, как формирование реакции, побудила аналитиков собирать дополнительные сведения, которые имеют одинаково стабильные и неизменные связи со специфическими мотивами ид и его производными.

Если брать за отправную точку тот факт, что *исполнительность, чувство времени, чистоплотность и неагрессивность* являются безошибочными указаниями пережитых, относящихся к прошлому конфликтов, в основе которых лежат анальные стремления, тогда представляется возможным установить подобные указатели и для конфликтов фаллической фазы. Можно отметить *застенчивость* и *скромность*, которые являются реактивными образованиями и как таковые сменяют предшествующие эксгибиционистские тенденции, а также поведение, описываемое обычно как *шутовство, фиглярство,* которое в анализе раскрывается как искаженная форма фаллического эксгибиционизма, представление о котором как об индивидуальной особенности сменилось представлением о нем как о дефекте и изъяне. *Преувеличенная мужественность* и *бросающаяся в глаза агрессия* являются сверхкомпенсацией, которая выдает лежащий за ней страх кастрации. Жалобы на *плохое обращение* и *предвзятое отношение* являются очевидной защитой от пассивных фантазий и желаний. Если ребенок жалуется на чрезмерную *скуку*, мы можем быть уверены, что он насильственно вытесняет из сознания свои фантазии о мастурбации и мысли о занятиях ею.

Наблюдение за поведением детей в течение болезни также позволяет сделать заключения об их внутреннем психическом состоянии. Дети могут искать утешения в своем окружении или отдалиться от окружающих, стремясь к уединению и покою; то, какой из этих двух типов поведения он выбирает, выдает то, в какой степени его *нарциссизм* превышает или уступает силе его *привязанности к объективному миру.* Кроткое подчинение установленным доктором режиму, диете и ограничениям подвижности и т. д., которое часто ошибочно приписывается мнимой благоразумности и рассудительности ребенка, свидетельствует либо об удовольствии, извлекаемом им от регрессии к пассивному состоянию с сопутствующими ему заботой и любовью окружающих, либо о *чувстве вины*, то есть о восприятии ребенком болезни как заслужен-

ного *наказания.* Если поведение ребенка напоминает поведение *ипохондрика*, озабоченного своим здоровьем, это сигнализирует о недостатке внимания со стороны его окружения.

Даже наблюдение за типичной игровой деятельностью детей предоставляет множество полезной информации. *Рисование, конструирование, лепка, игры на воде и на песке* — хорошо известные виды сублимации анальных и генитальных желаний. Когда ребенок разбирает игрушки с целью узнать, что *внутри*, это выдает сексуальное любопытство. Показательным является даже то, как маленький мальчик играет в железную дорогу: его основное удовольствие является следствием серии аварий (как символ заинтересованности сексуальной жизнью родителей); он сосредоточен на постройке тоннелей и подземных линий (выражает интерес к внутренним органам); вагоны и машины всегда тяжело нагружены (как символ беременности матери); скорость и исправность являются для него основными факторами (как символ сексуальной активности). Предпочтение мальчиками той или иной позиции на *футбольном поле* во время игры символизирует их отношение к атаке, обороне, столкновению, успеху, поражению и в итоге — к активной маскулинной роли. *Увлеченность девочки лошадьми* либо скрывает примитивные аутоэротические желания (если девочка получает удовольствие от ритмичных движений лошади), или указывает на идентификацию с ухаживающей матерью (если девочке доставляет удовольствие ухаживать за лошадью, смотреть за ней и т. д.) либо зависть к пенису (если она идентифицирует себя с большим, сильным животным и расценивает его как часть собственного тела), или ее фаллические сублимации (при ее стремлении умело обращаться с лошадью, управлять ею, выдрессировать ее и т. п.).

Детские привычки *питания* значат для опытного наблюдателя больше, чем просто «фиксация на оральной фазе», которой приписывается большинство пристрастий в еде и наиболее ярким представителем которой является детское обжорство. Если углубиться в детали, можно обнаружить и другие подобные факторы. Помимо этого, так как нарушения приема пищи являются образующим фактором, характеризующим определенную фазу и уровень развития ид и эго, их детальное наблюдение и направление в нужное русло улучшает функционирование сигнальных и знаковых функций поведения.

Необходимо упомянуть и об одежде, еще одной области, которая может предоставить наблюдателю очень ценный матери-

ал. Хорошо известно, что эксгибиционизм может быть перенесен с самого тела на одежду и проявиться в форме тщеславия. Вытеснение и сопротивление предстают как пренебрежение к материалу одежды. Чрезмерная сензитивность по отношению к плотному, жесткому, «колючему» материалу указывает на подавляемый кожный эротизм. У девочек, испытывающих неприязнь к анатомическим особенностям своего тела, это выражается в избегании ношения женской одежды, неприятии всяческих оборок, украшений и т. п., либо, напротив, в сильном пристрастии к кричащим, дорогостоящим нарядам.

Таким образом, разнообразные формы отношений и поведения детей, в том числе и вне анализа — дома, в школе, в компании сверстников или взрослых, являются, как было показано, почти неисчерпаемыми источниками наблюдения.

Так как каждый перечисленный тип поведения генетически связан со специфическим инстинктивным побуждением, из которого он происходит, это дает возможность на основании результатов наблюдений за детским поведением делать непосредственные заключения об определенных скрытых от сознания отношениях и конфликтах, играющих важную роль.

Фактически среди всего этого обилия информации не следует забывать, что велика возможность ошибки. Для одних аналитиков выводы подобного рода не имеют практической ценности, или, точнее выражаясь, они совершенно бесполезны на практике. Для того чтобы сделать их основой, толкование должно как игнорировать защитные механизмы эго, которые восстают против бессознательного (а это означает недовольство пациента), так и усиливать сопротивление.

Далее, не должна быть превышена зона влияния. Наряду с поведенческими факторами, которые становятся явными, существует множество других, которые происходят от одного или нескольких подсознательных побуждений и не привязаны ни к одному из них. Без объяснения путем анализа эти формы поведения остаются неразгаданными.

Эго в непосредственном наблюдении

Хотя в областях, описанных выше, непосредственный наблюдатель оказывается в невыгодном положении по сравнению с практикующим аналитиком, его положение значительно улучшается с включением психологии эго в сферу психоаналитической работы.

Поскольку эго и суперэго являются сознательными образованиями, непосредственное, то есть поверхностное наблюдение становится подходящим средством исследования в добавление и в сочетании с методами глубинной психологии.

Например, нет расхождений в вопросе использования наблюдения за пределами аналитической сессии, по отношению к свободной от конфликтов области эго, то есть разным *системам эго*, которые служат ощущению и восприятию. Несмотря на тот факт, что результаты их деятельности имеют большое значение для интернализации, идентификации и формирования суперэго, то есть для процессов, которые доступны только в процессе анализа, сами по себе эго и суперэго, а также степень их влияния доступны оценке и измерению со стороны сознательных процессов.

Кроме того, поскольку *эго-функции* являются связанными, аналитик почти в равной степени прибегает к наблюдению как в ситуации анализа, так и за ее пределами. *Контроль эго* ребенка над двигательными функциями и развитием *речи*, например, может быть исследован при помощи непосредственного наблюдения. *Память* может быть исследована тестированием в том, что касается ее продуктивности и объема, но только аналитическое исследование поможет установить ее зависимость от принципа удовольствия (помнить только приятное, и забывать неприятное). Успешное функционирование или дефекты *тестирования реальности* обнаруживаются в поведении. *Синтетическая функция,* с другой стороны, работает незаметно, и ее нарушения обнаруживаются в анализе, за исключением наиболее тяжелых, серьезных случаев повреждения, которые становятся очевидными естественным образом.

Поверхностные наблюдения и глубинные исследования дополняют друг друга также в отношении таких значимых аспектов, как способы психического функционирования. Открытием первичного и вторичного процессов, первый из которых отвечает за работу сновидений и формирование симптомов, а второй за рациональное сознательное мышление, мы безусловно обязаны аналитической работе. Но различия между этими двумя процессами могут обнаруживаться даже при беглом взгляде, например, в процессе внеаналитического наблюдения за детьми на втором году жизни или подростками, склонными к делинквентному поведению. У обоих типов детей четко видна быстрая смена двух режимов функционирования: в периоды психического спокойствия по-

ведение обусловлено вторичными процессами, а когда пробуждаются инстинкты (сексуального удовлетворения, нападения или одержимости), вступают в силу первичные процессы.

В конечном счете существуют такие сферы работы, где непосредственное наблюдение, в отличие от аналитических исследований, становится методом отбора. Есть ограничения для прохождения анализа[1], установленные, с одной стороны, способами коммуникации, которыми владеет ребенок, а с другой стороны — возможностью осуществления взрослым переноса в процессе анализа и возможностью его использования в реконструкции инфантильных переживаний. Прежде всего, нет какого-то одного определенного пути, который ведет от анализа к довербальному периоду. В этом отношении в последние годы непосредственное наблюдение во многом обогатило аналитические знания, касающиеся материнско-детских отношений и последствий влияния окружающего в течение первых лет жизни. Кроме того, различные формы ранней тревоги разлучения с матерью становятся доступными для наблюдения в детских домах, при ютах, больницах и т. д., но не в процессе анализа. Такие открытия являются заслугой непосредственного наблюдения, что характеризует его очень положительно. С другой стороны, необходимо отметить в расходной части, что ни одно из этих открытий не было сделано прежде чем наблюдатели прошли аналитическую подготовку и что большинство жизненно важных фактов, таких, как последовательность развития либидо и инфантильные комплексы, несмотря на их очевидные производные, оставались незамеченными при непосредственном наблюдении до тех пор, пока не были реконструированы аналитической работой.

Существуют также сферы, где местное наблюдение, лонгитюдные исследования и детский анализ работают в сцепке. Мы получали исчерпывающую информацию, если за детальными записями поведения младенца следовал анализ ребенка в позднем детстве и полученные результаты сопоставлялись или если анализ маленьких детей служил прологом для детального лонгитюдного изучения внешнего поведения. Это дает дополнительное преимущество, заключающееся в том, что в таких экспериментах эти два метода (анализ и непосредственное наблюдение) служат проверке друг друга.

[1] См.: Heinz Hartmann, 1950a.

Глава вторая
Связь взрослого и детского анализа

Терапевтические принципы

Хотя различие между детским[1] и взрослым психоанализом постепенно становилось все заметнее, детские аналитики не торопились заявить о своем отступлении от классической методики. Напротив, все их стремления были направлены на то, чтобы подчеркнуть и выдвинуть на первый план сходство и идентичность обоих методов.

Казалось, для них являлось вопросом чести сохранить свое чувство принадлежности к тем же терапевтическим принципам[2], что и психоанализ взрослых пациентов. На языке детского анализа эти правила обязывают аналитика к следующему:

1. Не пользоваться авторитетом в отношениях с пациентом и тем самым, по возможности, исключить воздействие внушения.

2. Отказаться от использования отреагирования в качестве терапевтического средства.

3. Свести манипулирование пациентом к минимуму, то есть вникать в обстоятельства его детской жизни только в том случае, если в процессе работы обнаруживается их пагубное или потенциально травмирующее влияние.

4. Рассматривать анализ сопротивления и переноса, а также интерпретацию бессознательного материала как легитимные средства терапии.

Следующая этим предписаниям техника детского анализа ни в коей мере не уступала классическому анализу взрослых. Можно было быть уверенным, что успехи этой техники связаны с теми же фундаментальными принципами: анализировать сопротивление эго прежде содержания ид и позволять интерпретационному процессу свободно передвигаться между ид и эго вслед за появляющимся материалом; следовать от поверхности вглубь; предлагать личность аналитика для оживления и интерпретации бессознательных фантазий и установок; анализировать побуждения насколько это возможно в состоянии фрустрации и избегать их торества и победы над сознательной частью психики; верить в успех

[1] Все, что написано в этой главе по поводу детского психоанализа, относится только к одному его типу, с которым я непосредственно связана, но не к другим вариациям или методикам и теориям, берущим от него свое начало.

[2] См.: Edward Bibring (1954).

не с точки зрения катарсиса, а с точки зрения перехода подсознания с уровня первичных процессов на уровень вторичных. Другими словами, его задача заключается в том, чтобы направить ид в содержание эго.

Оздоровительные тенденции

Но даже если детский анализ можно приравнивать к взрослому там, где дело касается контроля ситуации, то в остальных вопросах аналитической терапии детский анализ имеет существенные отличия. Как отметил Бибринг (1937), психоанализ взрослых пациентов заключается в высвобождении определенных психических сил, которые присутствуют в любой нормальной психике и направлены на оздоровление организма. «Оздоровительные тенденции», как назвал их Э. Бибринг, если применять их на терапевтических сеансах, могут быть очень полезны для психоанализа. Они представлены в различных формах: как присущее индивиду стремление осуществить генетические процессы; как стремление к удовлетворению потребностей и повторению чувственных переживаний; как потребность быть нормальным, полноценным человеком; как его способность к интегрированию и ассимиляции переживаний; как способность переносить их на черты своей личности и своего характера.

Абсолютно ясно, что в этой области детская психология отличается от психологии взрослых людей, и в соответствии с этим терапевтическое воздействие подразделяется на два типа лечения. Взрослые невротики стремятся нормализовать свое состояние, так как это гарантирует им нормальную сексуальную жизнь и успех на работе; в то время как дети могут находить нечто привлекательное в болезни, адаптируясь к неблагоприятным условиям, и пользоваться прямой и косвенной выгодой. Склонность взрослых к навязчивому повторению, которое способствует созданию переноса, у ребенка осложняется его жаждой *новых переживаний* и новых объектов. Ассимиляция и интеграция, которые являются основными вспомогательными средствами в фазе «проработки», вступают в противодействие у детей со свойственному их возрасту акцентом на противоположных механизмах, таких, как отрицание, проекция, изоляция, расщепление эго. Стремление к *удовлетворению инстинктов*, которое ответственно за подъем ид и является необходимым для производства материала, у ребенка так сильно, что оно препятствует аналитической работе, вместо того,

чтобы помогать ей. По определению и согласно процессам взросления, потребность в завершении развития неизмеримо сильнее у детей, чем у взрослых. У взрослых невротиков качественное содержание либидо и агрессии скрыто в симптомах невроза; новая волна побуждений по мере возникновения направляется в то же русло. И наоборот, незрелая личность ребенка находится в состоянии постоянного изменения. Симптомы, служащие на одной из ступеней развития в качестве компромиссного или конфликтного решения, на следующей ступени не нужны и отбрасываются. Либидозная и агрессивная энергия находится в постоянном движении и в большей степени, чем у взрослого, готова найти новые пути, которые подсказывает ей аналитическая терапия. За исключением сложнейших патологических случаев, после лечения нельзя решить, насколько наблюдаемые успехи обязаны терапии и какую часть из них можно приписать спонтанным процессам созревания и развития.

Техника

По сравнению с такими вопросами широко обсуждаемые различия методик детского и взрослого психоанализа представляют собой проблему второстепенную. Принято считать, что благодаря их незрелости детям не присущи многие качества и отношения, которые необходимы для проведения сеансов психотерапии со взрослыми: они не осознают своего состояния; не имеют желания выздороветь и сотрудничать с аналитиком; их эго выступает на стороне сопротивления; они не решают самостоятельно начать ли, продолжить или закончить лечение; в анализ вовлечены их родители, которые во многих отношениях поддерживают эго и суперэго ребенка. Любая история детского анализа более или менее синонимична истории попыток преодоления и устранения этих проблем.

Отказ от свободных ассоциаций

Вышеупомянутые черты, присущие детству, без сомнения, важны, но не являются основным отличием методики детского психоанализа по сравнению с неспособностью или нежеланием ребенка высказывать свои ассоциации. Дети могут так же, как взрослые, рассказывать свои сны и дневные фантазии, но без свободных ассоциаций это не открывает надежного пути от явного к скрытому содержанию. Они могут после первоначального этапа сомнений и колебаний вступить в коммуникацию, но

не давать при этом свободных ассоциаций, без которых они не выходят за границы сознания. Это бескомпромиссное отношение к свободным ассоциациям присутствует у всех детей, независимо от того, не верят они силе своего эго или недостаточно доверяют взрослым, чтобы раскрывать им свои тайны.

На мой взгляд, за последние годы не нашли способа избавиться от этого недостатка. Игры в куклы, рисование, изображение, моделирование, всевозможные игры-фантазии, отыгрывание в переносе представляются и принимаются вместо свободных ассоциаций, и, faute de mieux, детские аналитики пытаются убеждать себя, что это валидные заменители. В действительности это вещи совсем иного рода. Существует некое неудобство, что некоторые из этих видов деятельности производят большей частью символический материал и что это привносит в детский анализ элементы сомнения, неопределенности, произвольности, которые неотделимы от символической интерпретации в целом. Следующий недостаток заключается в том, что под влиянием бессознательного ребенок раскрывает свои мысли в действиях, а не в словах, что затрудняет работу аналитика. В то время как свобода вербальных ассоциаций ограничена цензурой, нельзя сказать того же про моторную деятельность. Когда ребенок подвергает себя или аналитика опасности, как только он причиняет большой материальный вред, сексуально совращает или пытается добиться совращения, аналитик не может не вмешаться, несмотря на воздержанность и в противовес своим лучшим намерениям, и даже, несмотря на то, что большая часть жизненного материала проявляется таким образом. Слова, мысли и фантазии, как и сновидения с их отсутствием влияния на реальность и действия, относятся к разным категориям. Обещание маленьким пациентам того, что они могут позволить себе отбросить все ограничения и запреты во время аналитического сеанса и — аналогично тому, как взрослым разрешается говорить — «делать все, что хочется», не помогает в лечении. Ребенок быстро убедит аналитика в том, что такая свобода действий — недопустима.

Следующее отличие двух методик до сих пор не было рассмотрено. Если свободное ассоциирование, по-видимому, освобождает в первую очередь сексуальные фантазии пациента, свобода действий — даже если они относительно свободны — аналогичным образом влияет на агрессивные тенденции. Те действия, которые имеют место в подобных ситуациях, воплощают собой агрессивную энергию ребенка или агрессивную сто-

рону его прегенетальности, которая побуждает его атаковать, пихать, бить, плеваться и провоцировать психоаналитика. Практически это создает определенные трудности, так как все основное время часто тратится на попытки предотвратить неумеренную агрессию. Теоретически связь между действиями и агрессией может дать полную картину соотношения либидо и агрессии в психике ребенка.

Хотя это и нормально в детском возрасте, все равно подобное поведение сложно понять или изменить. Однако вера в обратное, которая свойственна данному периоду психоанализа, была сильна даже после того, как ее опровергли на примере взрослого психоанализа.

Интерпретация и вербализация

Утверждение, что основной целью как детского, так и взрослого анализа является объяснение бессознательного материала, требует некоторых поправок и разъяснений. Действительно, отчасти это так. В случае с детьми также целью анализа является расширение границ сознания, без которого эго-контроль не может возрасти. Необходимо достичь этой цели, даже если такие явления, как отсутствие свободных ассоциаций и активная моторика, затрудняют работу аналитика.

Различия между методами заключаются не в цели, а в типе материала, требующего объяснения. Во взрослом анализе мы длительное время работали над материалом вторичного вытеснения, то есть раскрытием защит от производных ид, которые были отброшены из сознания. Только после этого мы переходили к элементам первичного вытеснения, то есть к довербальным элементам, которые никогда не участвовали в формировании эго и никогда не вспоминаются, а только могут возродиться в переносе. Хотя это применимо и к более взрослым детям, у детей младшего возраста соотношение между первичным и вторичным элементами и порядок их проявления в анализе вывернуты наизнанку.

Перед эго маленького ребенка стоит задача, с одной стороны, освоить окружающий мир и, с другой стороны, разобраться в хаосе эмоций, царящих внутри него самого. Это достигается его победами и успехами, имеющими место всякий раз, когда впечатления осознаны, облечены в мысли или слова и подчинены вторичным процессам.

По множеству причин задержки развития детей часто являются поводом обращения к аналитику. При этом процесс ин-

терпретации идет рука об руку с вербализацией многочисленных стремлений, о которых нельзя сказать, что они как таковые не поддаются осознанию (то есть первичным процессам), но которые до сих пор не преуспели в достижении статуса эго, сознания и вторичного развития.

В понимание роли вербализации для развития маленького ребенка важный вклад внесла Энни Катан (Anny Katan, 1961), которая подчеркивала, что время формирования суперэго зависит в некоторой степени от срока, когда ребенок овладевает способностью замещать вторичный процесс мышления первичным; что вербализация является необходимой предпосылкой вторичного процесса мышления; что вербализация восприятий внешнего мира предшествует вербализации восприятий внутреннего; что последняя, в свою очередь, стимулирует тестирование реальности и эго-контроль над импульсами ид. Фактически рассмотрение роли, которую вербализация играет в развитии, не входит в задачи анализа. В связи с этим в 1893 году Фрейд сказал: «Человек, который бросил в своего врага не копье, а оскорбительное слово, является основателем цивилизации».

В то время как вербализация как часть интерпретации вытесненного бессознательного является частью анализа пациентов всех возрастов, вербализация в этом значении играет особую роль в анализе тех детей, которые приходят к психоаналитику в раннем возрасте и развитие эго которых замедленно или нарушено.

Сопротивление

Что касается сопротивления, то надежды на то, что в этом плане детскому психоаналитику придется легко, не оправдались. Напротив, границы между сознательным и бессознательным у ребенка соблюдаются не менее строго, чем у взрослых. Побуждения производных ид и их включение в аналитический материал осуществляются не легче, чем у взрослых. И, наоборот, сопротивление аналитику у детей гораздо сильнее.

В процессе анализа взрослых сопротивление рассматривается обычно соответственно тому, какие внутренние течения или силы движут ими. Сопротивления *эго* анализу обеспечивают защиту, которая охраняет от неудовольствия, тревоги и чувства вины. Суперэго оказывает сопротивление допущению к анализу представлений и фантазий, угрожающих его существованию. Ид как таковое сопротивляется перемене, поскольку связано с принципом повторения. Дети разделяют все эти легитимные сопро-

тивления вместе со взрослыми; некоторые из них усиливаются, изменяются и расширяются. Они прибавляют, кроме того, трудности и помехи, которые являются специфическими для внешней и внутренней ситуации развивающегося индивида.

1. Поскольку ребенок поступил к аналитику не по своей воле и не имел с ним договоренности, он не чувствует себя связанным никакими аналитическими правилами.

2. Дети не воспринимают больших временных отрезков. И неизбежные в анализе чувства неудовольствия и страха значат для них больше, чем перспектива излечения в будущем.

3. Поскольку в соответствии с возрастом, ребенок предпочитает разговорам действия, в анализе преобладает отыгрывание[1].

4. Поскольку незрелое эго ребенка неуверенно балансирует между давлением изнутри и снаружи, он чувствует большую опасность от анализа, чем взрослый, и его защиты сохраняются более стойко[2]. Это относится в целом к детству, но в особенности к переходному возрасту. В целях защиты подросток увеличивает чувственную активность, усиливает свое сопротивление аналитику.

5. Поскольку в течение всего детства наиболее примитивные методы защиты продолжают действовать бок о бок с более зрелыми, сопротивлений эго, основанных на защитах, в сумме оказывается больше, чем у взрослых.

6. Поскол ьку детское эго стоит на стороне сопротивлений, каждый ребенок стремится прервать анализ в момент увеличения давления бессознательного материала или сильного отрицательного переноса и не делает этого только если чувствует в процессе лечения поддержку родителей.

7. Поскольку желание вырасти и отбросить прошлое в течение одних периодов развития оказывается более интенсивным, чем в другие периоды, в соответствии с этим колеблется сила детского сопротивления анализу. Пример такого рода — переходная фаза между эдиповым и латентным периодами. Согласно законам развития, детское прошлое в это время закрыто наглухо, отвергнуто напрочь и скрыто амнезией; согласно же законам анализа, в процессе лечения необходимо поддерживать непосредственную коммуникацию с прошлым опытом. Отсюда столкновение двух интересов. Для невротиков или детей с другими нарушениями потребности в терапевтической помощи в это время не становятся менее насущными, но их готовность к терапии снижается.

[1] См. выше: действие как замена свободных ассоциаций.

[2] См. выше: отказ от свободных ассоциаций.

Подобное повторяется в подростковом возрасте, когда подросток, который естественным образом отошел от своих инфантильных объектов, испытывает особенную трудность, когда аналитический перенос вынуждает непосредственно снова пережить эти отношения. Зачастую это приводит к внезапному прекращению лечения.

8. Все дети склонны проецировать свои внутренние конфликты в форме борьбы с внешним миром. Ребенок «сражается» с окружающим миром, чтобы не сражаться с самим собой. Когда эта защита доминирует, он выказывает полное нежелание помогать аналитику, что часто воспринимается как «отрицательный перенос» и трактуется соответствующим образом.

В целом детский аналитик сталкивается с множеством проблемных ситуаций, которые подвергают испытанию его способности. Самым болезненным для него является тот факт, что в течение длительного периода анализа он работает без терапевтического сотрудничества с пациентом.

Перенос

В процессе работы, упразднив вводную фазу (за исключением отдельных случаев) и используя анализ защит в качестве вводной части (Bornstein, 1949), я изменила свое прежнее мнение, что перенос в детстве ограничивается одиночными «реакциями переноса» и не развивается в полноценный «невроз переноса». Но это не должно означать, что я на основе сегодняшних представлений убеждена в том, что невроз переноса идентичен у детей и взрослых; на сегодняшний день этот вопрос остается открытым. Его разрешение осложняется двумя упомянутыми выше особенностями детского анализа: отсутствие свободных ассоциаций, без которых аналитик не может получить полной картины феномена переноса, и активность детей, которая выдвигает на первый план агрессивный, а не либидозный перенос.

Сюда же относится и то, что понятие переноса во взрослом анализе в последние годы претерпело некоторые изменения и по-разному рассматривается различными аналитиками. Некоторые из нас еще придерживаются более ортодоксального убеждения, что в начале лечения существуют реальные (врач—пациент) отношения, которые постепенно и все больше и больше становятся искаженными с включением регрессивных, либидозных и агрессивных элементов, которые переносятся из прошлого на личность аналитика, и это продолжается до тех пор, пока

не будет сформирован невроз переноса, когда реалистичные отношения полностью вытесняются нереалистичными. Ожидается, что реалистичные отношения восстановятся в самом конце лечения, после того, как инфантильные элементы будут отделены посредством интерпретации и после того, как феномен переноса выполнит назначенную ему задачу — обеспечить инсайт.

Более современное представление заключается в том, что переносы на аналитика существуют с начала анализа и должны быть истолкованы не только в сравнении с реальными отношениями, которые они заменяют, но и сами по себе. Так как они считаются первостепенно важными, они заменяют аналитику другие источники информации и становятся «царской дорогой в бессознательное», — титул, который в прошлом был зарезервирован за сновидениями. В крайних случаях увлеченность аналитика этими аспектами лечения может так возрасти, что он рискует забыть, что перенос, в конце концов средство, а не мера терапевтического воздействия.

Последние взгляды на перенос могут быть сформулированы в следующих трех утверждениях:

1) все, что происходит в структуре личности пациента, может быть проанализировано в терминах его объектных отношений с аналитиком;

2) все уровни объектных отношений в равной мере доступны интерпретации и изменению в переносе;

3) лица из окружающего мира являются объектами либидозного и агрессивного катексиса и ничем больше.

В процессе применения этих положений в свете детского психоанализа могут проясниться и многие вопросы, связанные с анализом взрослых пациентов.

Детский аналитик как новый объект. В детском анализе становится более очевидным, что фигура аналитика используется пациентом по-разному.

Как было сказано выше (см. тенденции к выздоровлению), все люди в зависимости от своего развития и зрелости имеют тенденцию стремиться как к новому опыту, так и к повторению. Чем нормальнее ребенок, тем больше он находится под воздействием первой тенденции, чем невротичнее — тем сильнее стремление к повторению. Ребенок, который приходит к аналитику, видит в нем новый объект и относится к нему соответственно. Он использует аналитика для повторения (переноса) там, где его

невроз или другое отклонение берет верх. Для техники это двойственное отношение ребенка означает явную трудность. Там, где аналитик принимает роль нового объекта и ведет себя сообразно с этим, он, без сомнения, мешает переносу. Когда он не принимает такие отношения, он разочаровывает пациента в надеждах, которые с детской точки зрения вполне обоснованы. Для терапевта также не всегда легко различить, какую часть детского поведения толковать как перенос, а какую совсем иначе. Необходимым для освоения методики психоанализа является умение разделить эти две роли и использовать то одну, то другую в своих целях. Элементы «нового объекта», то есть отношения к аналитику, которые являются объективными, а не перенесенными, должны присутствовать и во взрослом психоанализе. Но жажда нового опыта у взрослых не так сильна, как в детском возрасте.

Детский аналитик как объект либидозного и агрессивного переноса. Что касается переноса как такового, в ходе анализа дети, как и взрослые, повторяют посредством регрессии свои объектные отношения со всех уровней развития, разворачивая их вокруг личности аналитика. Нарциссизм, единство с матерью, потребность в зависимости, амбивалентность, оральная, анальная, фаллическая фазы — все эти факторы раньше или позже проявляются в анализе, часто в обратной последовательности, в зависимости от отклонения, то есть глубины регрессии, которую чувствует ребенок в начале лечения. Помимо поступающей информации, которая характеризует каждую ступень и показывает степень отклонения от нормы, окраску аналитической ситуации придают различные виды переноса. Нарциссическая самодостаточность проявляется в форме отхода от объектного мира, включая и аналитика, то есть как барьер для аналитического воздействия. Симбиотические отношения снова проявляются как желание полного и непрерывного слияния с аналитиком; у взрослых это часто выражается в просьбе подвергнуть их гипнозу. Особую трудность представляет собой возрождение анаклитической зависимости. Это проявляется как потребность в помощи со стороны, и все требования о помощи направлены на личность аналитика. Пациент (взрослый или ребенок), в свою очередь, готов порвать эмоциональный контакт как только требуется какое-либо усилие или жертва с его стороны. Возвраты к отношениям оральной фазы ответственны за безграничные претензии ребенка к аналитику, а также за неудовлетворенность любым предлагаемым ма-

териалом (игровой материал и т. д.); соответствующие побуждения анальной стадии — за упрямство юного пациента, за скрытие материала, за провокации, враждебность и физические угрозы, которые создают дополнительные трудности для аналитика не в области свободных ассоциаций, а в области чрезмерной моторной активности пациента. Потребность в любви и боязнь потерять объект привязанности преобразуются в послушание и подчинение по отношению к врачу, что нередко может ввести в заблуждение, так как может быть принято за улучшение состояния больного. Понятно, что именно прегенитальные, преэдиповы стремления придают детскому переносу отрицательный, препятствующий анализу характер. Однако существуют и положительные элементы, обязанные своим происхождением появлению в переносе объектного постоянства, а также отношений, происходящих из положительного и отрицательного эдипова комплекса. Они укрепляют терапевтический союз между ребенком и аналитиком и хотя бы отчасти помогают выдерживать все взлеты падения и превратности терапевтического процесса.

В соответствии с вышесказанным преэдиповы элементы переноса должны интерпретироваться раньше элементов эдипова комплекса. Это, по-видимому, должно рассматриваться как вариант ранних методических рекомендаций Фрейда к анализу переноса, когда он используется в целях сопротивления.

Для детского аналитика это объясняет некоторые методологические сложности, возникающие с маленькими детьми, не достигшими фаллической фазы, и с детьми постарше, чье развитие замедлено (в противовес регрессии) на одном из преэдиповых уровней. От детей как одного, так и другого типа нельзя ожидать реакции на метод, который основывается на добровольной кооперации с аналитиком, то есть отношения, которыми они еще не овладели. В этом отношении аналитики многому научились, оказывая помощь депривированным детям, сиротам и детям, прошедшим через концентрационные лагеря. Эти пациенты, никогда не имевшие опыта постоянных объектных связей, оказались неспособны установить крепкий и продолжительный терапевтический альянс с аналитиком в переносе (Edith Ludowyk Gyomroi, 1963).

Детский аналитик как объект для экстернализации. Не все отношения, устанавливаемые или переносимые ребенком на ана-

литика, являются объектными в смысле направленности либидо или агрессии. Многое зависит от экстернализации, то есть тех процессов, в которых личность аналитика используется для выражения той или иной части личностной структуры пациента[1].

Поскольку аналитик «совращает» ребенка путем предоставления свободы мыслей, фантазий и действий (последнее в определенных рамках), он становится представителем *ид* пациента со всеми отрицательными и положительными последствиями, которые приносит с собой эта роль. Так как он вербализует эмоции и помогает в борьбе с детскими страхами, он превращается в *помощника эго*, к которому ребенок обращается в поисках защиты. Поскольку аналитик является взрослым человеком, ребенок рассматривает его и обращается к нему как проявлению *суперэго,* то есть за моральной оценкой тех самых производных, которые были высвобождены в процессе терапии.

Таким образом ребенок преобразовывает свои внутренние (внутрисистемные) конфликты во внешние «сражения» с аналитиком — процесс, который дает много полезного материала. Интерпретировать такие экстернализации в терминах объектных отношений, отражающихся в процессе переноса, было бы ошибкой, даже если первоначально все конфликты внутри структуры имели в качестве своих первоисточников взаимоотношения раннего детства. Однако во время терапевтического сеанса их важность заключается в том, что они рассказывают о происходящем в душе ребенка, об отношениях между его внутренними агентами в противоположность эмоциональным отношением к объектам внешнего мира.

Аналитикам, работающим со взрослыми пациентами, небезызвестна экстернализация межсистемных конфликтов, так же как и конфликтов внутрисистемных. Например, некоторые пациенты, страдающие неврозом навязчивости, инсценируют ссоры с аналитиком из-за пустяков только для того, чтобы избежать болезненных внутренних конфликтов, возникающих в результате амбивалентности. В конфликтах между активными и пассивными, мужскими и женскими стремлениями аналитик наделяется ролью представителя той или иной стороны и вынужден противостоять противоположному стремлению. В анализе пациентов с наркотической зависимостью аналитик представляет одновременно или в близкой последовательности

[1] В этом отношении смотри работы Уоррена М. Бродли (W. M. Brodley, 1964), который установил то же самое в отношении патологии детских взаимоотношений внутри семьи.

объект пристрастия, то есть наркотик как таковой или помощника эго, призванного поддержать в борьбе против пагубной привычки. В пограничных случаях шизофрении терапевту прежде всего может выпасть роль помощника эго. В состоянии спутанности сознания напуганный своими собственными параноидальными фантазиями пациент будет использовать присутствие аналитика в целях укрепления своего рассудка. Тон голоса врача, форма объяснения в большей степени, чем содержание, могут способствовать возвращению первичных процессов мышления в нормальное состояние. Такие пациенты привязаны к аналитику, так же как и их внешнее эго, но это кардинально отличается от привязанности истериков, которые воспринимают аналитика как объект своей эмоциональной привязанности.

Если рассматривать экстернализацию в таком русле, то ее можно определить как подвид переноса. В случае правильного истолкования и рассмотрения отдельно от переноса в целом экстернализация может сделать ценнейший вклад в исследование психических структур.

Инфантильная зависимость и ее роль в детском и взрослом анализе

Наиболее явные разногласия, касающиеся специфики детского анализа, связаны с вопросом относительно того, насколько глубоко родители должны быть вовлечены в процесс психотерапии. Хотя это в большей степени вопрос техники, основывается он на гораздо более важной проблеме — начиная с какого периода ребенок перестает быть зависимым членом семьи и когда его следует рассматривать как самостоятельную личность, независимую психическую структуру.

Инфантильная зависимость как фактор, влияющий на формирование характера и развитие неврозов, знакома нам по сочинениям Фрейда, где она объясняется как «биологический факт» и несет ответственность за зрелость подрастающей личности. Из страха потери объекта, потери любви и страха наказаний, которым подвержен зависимый ребенок, он выводит так называемую «податливость воспитанию», которая во взрослой жизни оборачивается страхом не получить одобрения общества, то есть «социальной податливостью». Из страха вины как результата зависимости происходит склонность к невротическому поведению.

Длительный период инфантильной зависимости ребенка влияет на такие жизненно важные способности, как установление объектных отношений в целом и формирование эдипова комплекса, в частности, культурная борьба против агрессии и потребность в религии, этика и мораль; коротко говоря, гуманизм, социализация человека и его этические и моральные потребности[1].

Зависимость как фактор анализа взрослых

Хотя важность зависимости никогда не рассматривалась в случае со взрослыми пациентами, это приводило только к их прошлому, то есть к генетическому аспекту проблемы. Поскольку учитывались динамические, топические и экономические аспекты, пациенты рассматривались как независимые индивиды со своими собственными внутренними структурами и невротическими конфликтами, заключенными в рамках личности, и лишь в последнюю очередь как соприкасающиеся и связанные с окружающим миром.

Из подобных выводов неизбежно вытекало следующее. Техника анализа взрослых была подогнана для использования в

---

[1] В этом отношении можно обратиться к следующим словам З. Фрейда:

«...является биологическим фактом, что молодые представители человеческой расы проходят через длительный период зависимости и не скоро достигают зрелости...» (1919);

«... что эдипов комплекс является психическим коррелятом двух фундаментальных биологических фактов: длительный период инфантильной зависимости человека...» (1924);

«Биологическим фактором является длительный период времени, на протяжении которого молодые человеческие особи находятся в условиях беспомощности и зависимости. Это внутриматочное состояние кажется коротким по сравнению с большинством животных, так что люди появляются на свет менее подготовленными. В результате влияние внешнего мира на ребенка оказывается очень сильным и влечет за собой раннюю дифференциацию эго и ид. Более того, опасности внешнего мира имеют такое большое значение для ребенка, что непропорционально возрастает значение объекта, который может защитить от этих опасностей и занять место в его дальнейшей жизни. Таким образом биологический фактор и создает первые опасные ситуации и вызывает потребность быть любимым, которая будет неотступно следовать за ребенком всю его жизнь» (1926);

«Защита от детской беспомощности — вот чьи характерные черты использует... формирование религии» (1927);

«Мотив культурной борьбы против агрессии легко найти в его (ребенка) беспомощности и зависимости от других, что лучше всего можно охарактеризовать как страх потери любви» (1930).

рамках этой структуры: материал предоставляется самим пациентом и касается его самого; окружающий мир рассматривается не объективно, а субъективно, глазами пациента; отношения между пациентом и аналитиком являются приватными и исключают любое внешнее вмешательство; прошлые и настоящие отношения пациента исключены из этого общения.

Несмотря на некоторые возражения[1], основные принципы анализа взрослых в целом остаются неизменными.

Зависимость как фактор детского анализа

Очевидно, ничто из вышеперечисленного не способно помочь детскому аналитику, который встречается с зависимостью на стадии ее формирования. Ему остается только установить уровень своего влияния на пациента, так же как и уровень развития, патогенез и соответствующие методы лечения.

В отношении статуса развития пациента, то есть шагов, осуществленных им в достижении индивидуальности, аналитику необходимо определить, в каких жизненных аспектах ребенок все еще полагается на родителей, а в каких уже нет. Какое из состояний — зависимости или независимости — ближе ребенку в его возрасте, можно приблизительно определить, исходя из того, в какой роли выступают его родители:

— как объект удовлетворения потребности в нарциссическом единении с матерью в том возрасте, когда не делается различий между внутренним и внешним миром;

— на них ребенок отрабатывает способность истолковывать внешние условия и манипулировать ими для удовлетворения телесных потребностей и инстинктивных производных;

— как фигуры внешнего мира, на которые первоначально направляется нарциссическое либидо, а позднее и объектное либидо;

— как факторы ограничения удовлетворения инстинктов, благодаря которым устанавливается господство эго над ид;

— как модели в создании образцов подражания, которые необходимы для создания независимой структуры.

Что касается роли родителей в возникновении заболеваний, детский аналитик должен заботиться о том, чтобы не быть введенным в заблуждение поверхностными проявлениями

---

[1] Например, Р. Лафорж (R. Laforgue, 1936) вводит понятие семейного невроза и настаивает на необходимости лечения каждого члена семьи.

и не путать воздействие аномального ребенка на мать с материнским патогенным влиянием на ребенка[1]. Самый надежный и безболезненный метод достигнуть взаимодействия — это одновременный анализ родителей и их детей[2].

Из этих аналитических исследований можно сделать ряд выводов, касающихся детско-родительских отношений.

Есть родители, чья привязанность к ребенку зависит от того, представляет ли он их собственный идеал или объект из их прошлого. Чтобы сохранить любовь родителей в этом случае, ребенок вынужден вписываться в определенный образ, который не соответствует его личности, его внутренним потенциалам.

Некоторые родители подходят к ребенку с точки зрения собственной патологии и отводят ему соответствующую роль, на основе которой строят свои отношения, игнорируя реальные потребности ребенка.

Многие матери фактически переносят свои симптомы на маленьких детей и переживают их вместе в форме совместного психоза (Dorothy Burlingham et. al., 1955).

Во всех этих примерах патогенное влияние на ребенка тем сильнее, чем больше один из родителей выражает свое отклонение в фактических действиях, а не только в фантазиях. В последнем случае только лечение родителя или совместное лечение, которое способно разрушить аномальную связь между партнерами, может рассматриваться как терапевтическая мера по отношению к ребенку.

Родители также могут быть ответственны за поддержание нарушений у ребенка. Некоторые детские страхи, нарушения питания, ритуалы засыпания не проходят у ребенка только из-за их поддержки матерью. Из-за того, что состояния страха у ребенка пугают мать так же сильно, как и его самого, мать принимает активное участие в поддержании защит, предостережений и т. д., скрывая таким образом состояние болезни ребенка. Некоторые симптоматические, особенно навязчивые действия производятся детьми на теле матери, а не на собственном теле. Некоторые родители из-за своих собственных отклонений, кажется,

---

[1] Это часто случается, а особенно в случаях с аутичными детьми.

[2] См. D. Burlingham et. al. (1955); Ilse Hellmann et. al. (1960); Kata Levy (1960); M. Sprince (1962).

хотят, чтобы у них были больные, инфантильные дети с отклонениями, и добиваются своего.

Что касается методов терапии, детский аналитик имеет все основания завидовать коллегам, работающим со взрослыми пациентами, с которыми они устанавливают партнерские отношения. В детском анализе вопросы о начале, продолжении и окончании решают не эго пациента, а исключительно его родители, их понимание и резоны. Помогать детскому эго преодолеть сопротивления и периоды отрицательного переноса, не прерывая анализ, — настоящая задача родителей. Аналитик не в силах ничего сделать, если они не справились с этим заданием и приняли сторону детского сопротивления. В период положительного переноса часть родителей усугубляют конфликт между аналитиком и родителями, который постоянно возникает у ребенка.

Методика аналитика в отношениях с родителями варьируется от посвящения их в подробности лечения, разрешения участвовать в сеансах терапии (когда пациентами являются совсем маленькие дети), параллельного лечения или проведения анализа до обвинения их в нарушениях психики ребенка.

Последние исследования зависимости

Две работы недавнего времени в области детско-родительских отношений освещают данную тему, с одной стороны, с позиции процессов *созревания* (Greenacre, 1960), с другой стороны, с *позиции материнской заботы* (Winnicott, 1960). Совмещение обоих способов рассмотрения создает впечатляющую картину биологической и психологической зависимости ребенка в первые периоды жизни, а также далеко идущих последствий для будущего психического здоровья или болезни.

Другие публикации, отчасти как результаты аналитической работы, отчасти как итоги непосредственных внеаналитических наблюдений, затронули следующие частные проблемы: эмпатия между матерью и ребенком в период полной зависимости (Winnicott, 1949); вклад периода зависимости в индивидуальную конституцию (James, I960); вредные последствия нарушения и прерывания состояния зависимости (A. Freud and D. Burlinghem, 1949, 1950; J. Bowlby et. al., 1952; J. Robertson, 1958; R. Spitz, 1945, 1946); влияние материнских предпочтений и отношений на стадии зависимости (J. Robertson, 1962).

Баланс между внутренними и внешними силами с точки зрения детского и взрослого психоанализа

Тот факт, что аналитику постоянно приходится наблюдать детскую эмоциональную зависимость от родителей, имеет далеко идущие последствия.

Аналитик, работающий со взрослыми, благодаря тем впечатлениям, которые он получает в своей повседневной работе, не склонен соглашаться с теми взглядами, которые постулируют примат внешних обстоятельств в формировании личности. Господство разума над материей, то есть внутреннего мира над внешним, предстает перед аналитиком в бесконечной череде примеров, демонстрируемых пациентами: случаи, когда резкие колебания настроения человека приводят к изменениям обстоятельств реальной жизни; использование элементов окружающего мира пациентами для создания и поддержания бессознательных фантазий; проекции, которые обращают безобидных, равнодушных или доброжелательных людей в преследователей; искаженное видение личности аналитика, которое служит иррациональному, а иногда и галлюцинаторному (Little, 1958) переносу и так далее. Последний пункт особенно хорошо объясняет готовность аналитика поверить, что в детстве пациент сталкивается с теми же силами и что внутренние, а не внешние факторы ответственны за возникновение заболевания.

Одним словом, аналитик, работающий со взрослыми пациентами, глубоко верит в психическую как противоположную внешнему миру реальность. Пожалуй, он слишком предвзято рассматривает все текущие события в процессе терапевтической работы, трактуя их в терминах сопротивления и переноса и, таким образом, не принимает в расчет их реальное значение.

Для детского аналитика, с другой стороны, все указания ведут в обратную сторону, придавая вес влиянию окружения. В процессе лечения маленьких пациентов он легко обнаруживает, в какой степени они подвержены влиянию объективного мира, то есть насколько их поведение и отклонения обусловлены такими внешними влияниями, как родительское покровительство или отвержение, любовь или безразличие, критические или поддерживающие отношения, а также гармония или дисгармония в личной жизни родителей. Символические игры ребенка в ходе аналитической сессии сообщают не только о его внутренних пе-

реживаниях и фантазиях, одновременно с этим в них раскрываются текущие семейные события, такие, как половые контакты родителей, семейные ссоры и размолвки, фрустирирующие и пугающие действия родителей, проявления их отклонений и патологии. Детский аналитик, трактующий все эти события в свете внутренних переживаний, может упустить из виду сообщения своего пациента, касающиеся внешних обстоятельств, что является немаловажным на данном этапе[1].

Но, несмотря на собранные свидетельства того, что антагонизм по отношению к внешним обстоятельствам может иметь плачевные последствия, ничто не убедит детского аналитика в том, что перемены в реальной жизни могут способствовать лечению, разве что в раннем детстве. Такое мнение подразумевает, что внешние факторы в одиночку могут провоцировать отклонения и что их взаимодействие с внутренними факторами можно не принимать всерьез. Такое допущение противоречит аналитическому опыту. Любое психоаналитическое исследование демонстрирует, что патогенные факторы действуют с обеих сторон, и, поскольку они переплетены, патология становится интегрированной в структуру личности и вычленить ее возможно только с помощью терапевтических мер, воздействующих на эту структуру.

В то время как аналитик, работающий со взрослыми пациентами, должен постоянно помнить о фрустрирующих, внешних причинах расстройства пациентов, чтобы не быть введенным в заблуждение силами их внутреннего мира, детскому аналитику не следует забывать что вредоносные внешние факторы, на которых он сосредоточен, достигают своего патологического значения путем взаимодействия с внутренней диспозицией и приобретенными, интернализованными установками либидо и эго.

Вместе детский и взрослый психоанализ могут помочь в достижении сбалансированного взгляда, отвечающего этиологической формуле Фрейда о скользящей шкале внешних и внутренних влияний: существуют люди, чья «сексуальная конституция не могла бы способствовать развитию невроза, если бы не существовало... [определенных] обстоятельств, а эти обстоятельства не имели бы травмирующих последствий, если бы их либидо было распределено иначе» (S. Freud, 1916—1917).

[1] Также в анализе более старших детей, у которых материал больше уже не появляется в форме игровых действий, внешние события часто играют неподобающе большую роль. В этих случаях, правда, речь идет о защите внутренних процессов на службе одного из многочисленных сопротивлений.

Несмотря на свои теоретические убеждения, детские аналитики вновь и вновь поддаются искушению исследовать границы, в которых действует этиологическое равенство, то есть испытать, существуют ли качественные ограничения, за пределами которых патогенное влияние можно рассматривать как одностороннее. Подобные исследования могут быть проведены путем выбора (в детском анализе) пациентов, находящихся на двух противоположных концах этимологической шкалы, то есть тех, чьи врожденные или приобретенные отклонения имеют ярко выраженные черты. Случаи первой категории — дети преимущественно с врожденными противопоказаниями к нормальному развитию, такими, как некоторые сенсорные или физические недостатки (слепота, глухота, физические изъяны и так далее); случаи второй категории — травмированные дети, дети психотических родителей, дети-сироты, то есть те, чье первоначальное развитие нарушено в результате воздействия внешних факторов.

Но все же материалы, полученные в ходе рассмотрения подобных случаев, не дают полной картины, если опираться только на один тип факторов. Хотя определенные патогенные формации неизбежны, когда подобные условия возникают с внутренней или внешней стороны, их круг и детальные характеристики персональных черт ребенка зависят от взаимодействия двух сторон, то есть от того, как определенная конституция реагирует на определенный набор внешних обстоятельств.

Глава третья
Оценка нормального детского развития

Раннее выявление патогенных факторов; предупреждение и прогноз

Аналитик должен воссоздать прошлое пациента или проследить симптомы до их истоков в ранние годы, а также выявить патогенные факторы до того, как они начнут действовать, определить степень нормального развития ребенка, предсказать направление развития, вмешаться в процесс воспитания ребенка, направлять его родителей или, в целом, работать в направлении предупреждения неврозов, психозов и нарушений социальных отношений. В то время как традиционное обучение аналитической терапии готовит детского аналитика к решению задач первого типа, нет никакой программы, которая могла бы подготовить его к последним из перечисленных.

Вопросы прогнозирования и предупреждения неизбежно приводят к изучению нормы как оппозиции патологическим психическим процессам. Это знание нормы, еще называемое Эрнстом Крисом (1951) «неразвитой» или «вытесненной» областью психоанализа, в последние годы постоянно развивалось благодаря экстраполяциям клинических находок Хайнца Хартманна и Эрнста Криса. Благодаря этому возросла важность той роли, которую играют в метапсихологическом мышлении принципы и понятия психоаналитической детской психологии, которая тотально «охватывает сферу нормального и аномального развития» (E. Kris, 1951). Аналитик, работающий со взрослыми пациентами, меньше соприкасается с концепцией нормального развития, за исключением маргинальности, где затронуты такие функции, как любовь, секс и успешная работа. Детский аналитик, который видит прогрессивное развитие как основную функцию созревания, напротив, глубоко вовлечен в вопросы нормального развития или различных отклонений.

Как я уже отмечала ранее (1945), уровень развития может быть оценен исходя из того, нуждается ли ребенок в лечении, что в свою очередь определяется тщательным исследованием с одной стороны либидозной и агрессивной составляющих личности ребенка, а с другой — его эго и суперэго — соответствуют

ли полученные показатели возрасту ребенку или свидетельствуют об опережающем развитии либо задержке. Это не такая уж невыполнимая задача для детского аналитика, даже не одна из самых сложных, если знать последовательность либидозных фаз и перечень функций эго ребенка. Но получаемые показатели более полезны для диагноза патологии и раскрытия прошлого, чем для решения проблем, касающихся нормы или взгляда в будущее. Они довольно сносно демонстрируют компромиссы и решения, которые были достигнуты личностью пациента, но они не информируют нас о том, каковы шансы на рост, улучшение или понижение уровня его достижений.

Внешние события и внутренний опыт

Так как аналитики признаны экспертами в области детской психологии, их буквально забрасывают многочисленными вопросами, которые возникают в процессе воспитания любого ребенка и касаются различных проблем детской жизни, с которыми сталкиваются родители. То что эти проблемы относятся к каждодневным ситуациям, — не повод, чтобы оставлять их решение аналитически не подкованным людям, которые в большинстве своем привыкли иметь дело с нормальным психическим развитием (родители, педиатры, воспитатели, няни, учителя, работники приютов и так далее). Фактически, эти вопросы вписываются в круг аналитических теорий и могут быть с пользой применены в дальнейшей работе. Вот некоторые из подобных проблем.

Лучше ли, если молодая мать одна ухаживает за своим младенцем, и не будет ли вредным для его развития, если тот или иной человек будет заменять ее? Является ли жизненно важным, чтобы она с ним не разлучалась, даже если это необходимо старшему ребенку, супругу, собственным родителям и т. п.? Каковы преимущества кормления грудью по сравнению с искусственным вскармливанием или кормления по требованию с кормлением по часам? С какого возраста необходимо приучать ребенка к туалету? Когда мать перестает быть единственным объектом и когда другие взрослые или дети обретают значение для маленького ребенка? С какого возраста ребенка лучше отдавать в детский сад? Если необходимы хирургические вмешательства (обрезание, удаление миндалин и т. п.), в каком возрасте они лучше всего переносятся? Какой вид обучения (формальный или неформальный) к какому типу детей подходит лучше? Какой самый подходящий возраст для сексуального просвещения? Какова оптимальная

разница в возрасте у детей в семье, в каком возрасте детьми лучше всего переносится рождение младшего сиблинга? Как должны относиться родители к аутоэротике? Хорошо ли позволять сосание пальца или мастурбацию и т. д.?. Распространяется ли это на сексуальные игры детей друг с другом? Какая позиция лучше всего по отношению к детской агрессивности? Когда усыновленные дети должны узнавать о своем усыновлении и как много они должны знать о своих настоящих родителях? Лучше ли дневные школы, чем интернаты? Каковы «за» и «против» в вопросе о том, когда ребенку идти в школу? Необходимо ли подросткам физически «покидать» семью, как только они внутренне, в психическом плане начинают отдаляться от родителей?

Когда аналитик сталкивается с любым, даже самым простейшим из этих вопросов, перед ним стоит двойственная задача. Очевидно, что недостаточно просто сказать, что не существует удовлетворяющих всех ответов, а есть только такие, которые подходят конкретному ребенку; просто предупредить об опасности скороспелых решений, принятых на основе хронологического возраста, так как дети так же различаются по уровню эмоционального и социального развития, как различаются по физическому развитию и моральному возрасту; и даже определить уровень развития ребенка, которого он консультирует. Соображения подобного рода составляют лишь часть задач, стоящих перед ним, и, возможно, одну из самых простых.

Другая, и не менее важная часть состоит в определении психологического значения того опыта или требований, которым (по мнению родителей) должен соответствовать ребенок. Если родители рассматривают свои планы и намерения относительно ребенка как разумные и адекватные внешним условиям, дети относятся к ним в свете своей психической реальности, то есть на основе соответствующих их развитию комплексов, конфликтов и страхов. Таким образом, перед аналитиком встает еще одна задача – указать родителям на расхождения, которые существуют между детским и взрослым восприятием действительности и объяснить реальность, основываясь на особенностях функционирования детского сознания.

Четыре сферы различий между детьми и взрослыми

Вследствие некоторых особенностей детского мышления возникает «неверное понимание» действий взрослых.

Первое — это *эгоцентричность*, которая управляет отношениями ребенка с объектным миром. До наступления фазы объектного постоянства объект, то есть фигура матери, не воспринимается ребенком в чистом виде, сам по себе; мать воспринимается только в рамках той роли, которая отведена ей в процессах удовлетворения потребностей и желаний ребенка. Соответственно, чтобы ни случилось с объектом, он понимается лишь с точки зрения удовлетворения или фрустрации этих желаний. Любая деятельность матери, ее отношения с другими членами семьи, работа или другие интересы, ее усталость, депрессия и даже смерть воспринимаются как переживания отвергнутости и ненужности. Точно так же рождение малыша расценивается как предательство со стороны родителей, как недовольство и неудовлетворенность ребенком — одним словом, как враждебные действия, на которые ребенок отвечает враждебностью и разочарованием, которые проявляются либо в повышенной требовательности, либо в эмоциональной холодности.

Второе — та самая *незрелость сексуальных представлений* у детей, которая не оставляет ребенку никакого выбора, кроме как переводить события взрослой сексуальной жизни в прегенитальные явления. Это касается половых сношений родителей, которые понимаются как сцены животной грубости и приводят к трудностям в идентификации с жертвой или агрессором, что проявляется позднее в процессе растущей неуверенности ребенка по поводу его половой принадлежности. Также это касается, как известно на протяжении значительного периода времени, относительных провалов и разочарований родителей в сексуальном просвещении детей. Вместо того, чтобы принять факты сексуальной жизни в том виде, как их преподносят родители, ребенок переводит их на язык своих переживаний и впечатлений, то есть формирует из них так называемые «детские сексуальные теории» зачатия через рот (как в детских сказках), анального рождения, жестокого обращения с женщиной во время полового акта и так далее.

Третье — случаи, когда неправильное восприятие тех или иных событий основано не на абсолютном отсутствии причинности в рассуждениях ребенка, а на экономических факторах, то есть на относительной *слабости вторичных процессов* мышления в сравнении с силой побуждений и фантазий. Маленький ребенок, к примеру, может прекрасно осознавать важность лечения, понимать роль врача или медсестры, необходимость принимать

лекарства, несмотря на их вкус, принимать ограничения в пище и физической активности и так далее. Только это понимание часто себя не оправдывает. С приближением визита врача или угрожающей операции логика отходит на второй план, и разум ребенка тонет в фантазиях об увечьях, кастрации, жестоких наказаниях и т. п. Необходимость постельного режима ассоциируется с тюрьмой; диета осознается как лишение еды в качестве наказания; родители, допускающие такое (в их присутствии или отсутствии), превращаются из защитников во врагов и на них направляются гнев, ярость и враждебность ребенка[1].

Наконец, существуют некоторые основные отличия в работе детского и взрослого мышления, которые можно назвать значительными в этом отношении. В качестве наиболее важных моментов следует упомянуть различную *оценку временных отрезков* на различных возрастных уровнях. Ид-импульсы по определению не терпят отлагательства и отсрочек; последние отношения представлены эго, чья отсрочка действий (путем интерполяции мыслительных процессов) является такой же характерной, как потребность в выполнении для ид. Как ребенок воспринимает данный период зависит не от реальной его продолжительности, измеряемой взрослыми, календарем, часами, а от субъективных внутренних отношений, от того, ид или эго является доминирующим фактором. Это и будет решать долгими или короткими, терпимыми или нет покажутся ребенку интервалы между кормлениями, отсутствием матери, пребывание в яслях, в больнице и т. д.; и как результат, болезненными или нет будут их последствия.

Детская эгоцентричность, незрелость их сексуальных представлений, торжество производных ид над эго, детская оценка времени – вот что характеризует мышление ребенка. Эти особенности могут объяснить многие из тех недоразумений, о которых сообщают родители, испытывающие трудности в понимании внешних событий. Данные о прошлом ребенка на стадии диагностики, таким образом, преподносятся несколько искаженно, родители могут сообщать сведения, являющиеся ненадежными, неполными и даже дезинформирующими. Они могут рассказывать о «борьбе за материнскую грудь после прекращения грудного кормления», о том, что ребенок во время болезни матери «никого другого к себе не подпускает», об отказе мальчика «общаться с

---

[1] См. A. Freud (1952); J. Robertson (1956).

матерью после ее возвращения из роддома с малышом на руках», о том, что ребенок «чувствует себя несчастным в больнице» и так далее[1].

Иногда требуется длительное наблюдение, чтобы реконструировать из этих описаний динамику борьбы, скрытой за внешней картиной, которая чаще всего ответственна за изменение направления эмоциональной жизни ребенка от привязанности к родителям до разрыва с ними, от любви и послушания до ненависти и враждебности, от хороших отношений до чувства непонимания и отверженности и так далее.

Концепция линий развития

Для того, чтобы правильно ответить на вопросы родителей, касающиеся истоков развития, необходимо вывести внутренний смысл внешне наблюдаемых событий. Как отмечалось выше, это не может быть сделано, если развитие инстинктов и эго будет рассматриваться отдельно друг от друга. В аналитической работе мы разделяем психическую личность на ее составные части и следим за судьбой отдельных частей. Итак, согласно нашей психоаналитической теории, последовательность стадий развития находится в прямой связи с определенными, специфическими частями личности ребенка. Относительно развития сексуальных инстинктов, к примеру, у нас есть последовательность либидозных фаз (оральная, анальная, фаллическая, латентная, предпубертатная, подростковая генитальность), которые, несмотря на значительное пересечение, слабо соотносятся с определенными возрастными рамками. В отношении агрессивных инстинктов мы уже менее уверены и обычно довольствуемся соотношением агрессивных выражений со специфическими либидозными фазами (кусание, плевание с оральностью; садистские пытки, толчки, пинки, разрушения с анальностью; доминирование, властное подавление, поведение с позиции силы с фаллической стадией; невнимательность, моральная жестокость, асоциальное поведение с подростковым возрастом и т. д.). В сфере эго аналитикам известны стадии и уровни чувства реальности в их соотношении с хронологией защитных действий и ростом морали. Интеллектуальные функции как они есть измеряются и классифицируются психологом по отношению к возрастной шкале путем различных интеллектуальных тестов.

---

[1] Примеры получены от диагностической службы Хэмпстедтской детской терапевтической клиники.

Без сомнения нам требуется больше для вынесения оценок, чем эти отобранные шкалы развития, которые действительны по отношению к отдельным частям личности ребенка, но не для личности в целом. То, что нам необходимо, — так это знание о взаимодействии между ид и эго, о различных уровнях их развития, также как и последовательности этапов развития в соотношении с возрастными этапами; последовательности, которая по важности, частоте и регулярности сравнима с последовательностью либидозных стадий или с постепенным становлением эго-функций. Конечно, подобные последовательности взаимодействия между двумя сторонами личности могут быть установлены лучше, если обе они будут как следует изучены, например, как в случае с либидозными и агрессивными выражениями со стороны ид и объектными отношениями со стороны эго. Здесь можно проследить комбинации, которые ведут от полной эмоциональной зависимости ребенка к сравнительной самостоятельности, сексуальной зрелости и объектным отношениям взрослого, линию развития, которая подводит необходимый базис для утверждения эмоциональной зрелости или незрелости, нормы или аномальности.

Существуют такие линии развития, которые могут отражать любую другую область развития личности. В каждом случае они отслеживают постепенное движение ребенка от зависимых, иррациональных, детерминированных ид отношений к возрастающему господству эго во внутреннем и внешнем мире.

Подобные линии — всегда связанные как с ид, так и с эго — ведут, к примеру, от привычки детей сосать палец к взрослому, скорее рациональному, чем эмоциональному отношению к приему пищи; от приучения к чистоплотности, навязанной окружением, к более или менее автоматическому контролю кишечника; от стремления ребенка разделять все потребности своего тела с матерью до утверждения самостоятельности подростка в управлении своим телом; от эгоцентризма маленького ребенка по отношению к миру и окружающим людям к сознательным отношениям, взаимности и дружбе со всеми их противоречиями; от первых эротических забав со своим собственным и с материнским телом путем переходных объектов (Winnicott, 1953) к игрушкам, играм, хобби, и, наконец, к работе и так далее.

На каком бы уровне ни находился тот или иной ребенок, в каждом случае представлены результаты взаимодействия между инстинктами и развитием эго—суперэго и их реакцией на вне-

шние влияния, то есть между зрелостью, адаптацией и структурализацией. Эти линии развития далеки от теоретических абстракций и являются историческими реалиями, которые, если их рассматривать вместе, создают картину индивидуальных достижений личности ребенка или с другой стороны его неудач в развитии личности.

Прототип линий развития: от зависимости к эмоциональной самодостаточности и взрослым объектным отношениям

Типичной в этом отношении является линия развития, которая с самого начала привлекла внимание психоаналитиков. Это последовательность, которая ведет от зависимости новорожденного от матери к материальной и эмоциональной самостоятельности взрослого человека – последовательность, для которой сменяющиеся стадии либидозного развития (оральная, анальная, фаллическая) являются врожденной основой. Шаги в этом направлении хорошо подтверждаются как детским и взрослым психоанализом, так и непосредственным аналитическим наблюдением маленьких детей. В упрощенном варианте это выглядит так:

1) «биологическое единство» между матерью и младенцем, когда нарциссизм матери распространяется на ребенка, а ребенок включает мать в свою внутреннюю «нарцисстическую среду» (Hoffer, 1952). Весь период подразделяется (M. Mahler, 1952) на аутическую, симбиотическую фазы и фазу, когда происходит отделение и индивидуализация. Каждая из этих фаз имеет свои критические точки для отклонений развития, имеющих место в каждом индивидуальном случае;

2) частичный объект (M. Klein) или удовлетворяющие потребности анаклитические отношения, которые основываются на физических потребностях и инстинктивных побуждениях, и являются непостоянными, так как объектный катексис возникает под влиянием желаний и пропадает по мере их удовлетворения;

3) стадия объектного постоянства, которое позволяет достичь положительного внутреннего образа объекта независимо от удовлетворения или неудовлетворения потребностей;

4) амбивалентные отношения анально-садистской фазы, которая характеризуется тем, что эго стремится привязать, контролировать объект желаний и управлять им;

5) полностью объкт-центрированная фаллически-эдипова фаза, характеризующаяся страстью к родителю противоположного

пола, ревностью и соперничеством с другим родителем, защищенностью, любопытством, потребностью в восхищении и эксгибиционизмом; у девочек фаллически-эдиповы (маскулинные) отношения к матери предваряются эдиповыми отношениями к отцу;

6) латентный период, то есть постэдипова фаза, когда затухают инстинктивные побуждения и либидо переносится с родителей на ровесников, общественные группы, учителей, лидеров, неличностные идеалы и ограниченные сублимированные интересы; проявления фантазий дают повод к разочарованию в родителях (фантазии близнецов и т. д.);

7) предпубертат, подготовка к «подростковому бунту», то есть возврату к более ранним отношениям и поведению, типичному для стадий частичного объекта и амбивалентности;

8) подростковая борьба против отрицания, изменения направленности, потери, и утраты связей с объектами раннего детства, защита от прегенитальности, наконец, достижение высшей точки генитальности — направленность либидо на объекты противоположного пола вне семьи.

В то время как детали этих позиций были давно известны в кругу аналитиков, случаи их практического применения участились только в последние годы. К примеру, в отношении последствий разлучения с матерью, родителями или домом, достаточно будет одного взгляда на линию развития, чтобы точно определить, почему общие реакции на патогенные условия настолько разнообразны и сопровождаются изменением психической реальности ребенка на различных ступенях. Разрыв биологического единства матери и ребенка (фаза 1), по какой бы причине он не произошел, в любом случае приведет к боязни разлучения (Bowlby, 1960). Если мать плохо справляется с ролью объекта, обеспечивающего комфорт и удовлетворение потребностей и нужд ребенка (фаза 2), следуют нарушения индивидуализации (Mahler, 1952), анаклитические депрессии (Spitz, 1946), другие проявления депривации (Alpert, 1959), преждевременное развитие эго (James, 1960) или так называемое «фальшивое эго» (Winnicott, 1955). Неудовлетворительные реакции либидо на непостоянные или неподходящие объекты любви на протяжении анально-садистской фазы (фаза 4) будут нарушать равновесие либидо и агрессии и приведут к бесконтрольной агрессивности, деструктивным действиям и т. д. (A. Freud, 1949).

И только после фазы объектного постоянства (фаза 3) внешнее отсутствие объекта замещается, хотя бы отчасти нали-

чием внутреннего образа, всегда постоянного, в силу этого достижения временная разлука может быть дольше, не приводя к травмирующему последствию. Таким образом, даже если невозможно назвать хронологический возраст, в котором разлучение переносится наиболее благополучно, то этот период возможно установить по линии развития, когда разлука соответствует фазе и лишена травмирующего эффекта. И это имеет практическое применение в целях определения наиболее удачного времени для отпуска родителей, лечения в больнице, поступления ребенка в детский сад и т. д.[1]

Вот некоторые выводы, которые следует сделать на основе вышесказанного:

— привязанность маленького ребенка к матери (4-я фаза) есть следствие преэдиповой амбивалентности, а не типичное поведение «избалованного» ребенка, как это часто утверждается;

— родители заблуждаются, если они в преэдиповой фазе (перед концом 4-й фазы) ожидают взаимности в объектных отношениях, которая появляется лишь на пятой ступени;

— ребенок не в состоянии слиться с коллективом в полной мере, прежде чем его либидо будет перенесено с родителей на общество (6-я фаза). Если протекание эдипова комплекса нарушается и 5-я фаза затягивается, вследствие инфантильного невроза, будут иметь место нарушения адаптации к группе, отсутствие интереса, школьные фобии (в дневной школе), большая тоска по дому (в группе продленного дня, интернате);

— реакция на усыновление более негативна в конце латентного периода (6-я фаза), когда под влиянием неминуемого разочарования в родителях все дети чувствуют себя чужими в семье;

— сублимации, которые впервые появляются в эдиповой фазе (5-я фаза) и полностью развиваются в латентном периоде (6-я фаза), в переходном возрасте (7-я фаза) могут исчезнуть не в результате ошибок в воспитании или развитии, а как следствие соответствующей данному периоду регрессии на более ранние стадии развития (фазы 2, 3 и 4);

— со стороны родителей ошибочно противостоять разрыву связей молодого человека с семьей или его борьбе с прегенитальны-

[1] Если под «скорбью» понимать не различные проявления гнева, печали и так далее, которые сопутствуют разлуке с объектом переживаний на ранних стадиях, а болезненный процесс отделения либидо от внутреннего образа, то, конечно, нельзя ожидать этого до окончания третьей фазы (фазы объектных отношений).

ми импульсами в переходном возрасте (8-я фаза), так же как противостоять разрыву биологических связей в фазе 1 или противостоять прегенитальному аутоэротизму в фазах 1, 2, 3, 4 и 7.

Линии развития физической самостоятельности

То, что эго человека появляется раньше, чем физическое эго, не означает, что физическая самостоятельность достигается раньше, чем эмоциональная или моральная независимость. Напротив, нарциссическая установка всех матерей по отношению к детскому телу находит выражение со стороны всех детей в чувстве телесного единства с матерью, в отсутствии телесных и личностных границ, а также в том факте, что в начале жизни различение между внутренним и внешним достигается не на основе восприятия объективной реальности, а на основе субъективных переживаний удовольствия и неудовольствия. Маленький ребенок обращается (и порой очень жестоко) с грудью, лицом, рукой или волосами матери, как будто бы это части его собственного тела, одновременно он ожидает от нее, что она чувствует его голод, его усталость, его потребности и чувства неудовольствия как свои собственные. Хотя ребенок в раннем детстве находится под влиянием телесных потребностей, телесных побуждений и их производных, качество и количество наслаждения и неудовольствия определяется не им самим, а влиянием окружения. Единственным исключением из этого правила являются занятия аутоэротикой, которые с самого начала находятся под контролем ребенка и, таким образом, дают ему определенную степень независимости от внешнего мира. Во всех остальных случаях, что касается сна и приема пищи, опорожнения и гигиены тела, предотвращения болезней и несчастных случаев и т. п., должно пройти продолжительное развитие, прежде чем с них будет снят материнский контроль, который будет передан самому подрастающему человеку.

От грудного вскармливания к рациональному питанию. Долгий путь должен быть пройден прежде чем ребенок сможет самостоятельно регулировать процесс приема пищи с точки зрения рациональности, своих потребностей, аппетита, качества и количества пищи. Это будет осуществляться независимо от отношений ребенка к тому, кто обеспечивает его пищей, а также от его сознательных и бессознательных фантазий. На этом пути будут сделаны приблизительно следующие шаги:

1. Независимо от того, кормят ли ребенка грудью, или из бутылочки, по часам или по требованию, мы встречаемся с общими трудностями приема пищи. Отчасти они вызваны нормальными колебаниями аппетита и расстройствами кишечника у ребенка, отчасти – отношением матери и ее тревогой по поводу кормления. Вместе с этим, потребность оказывается неудовлетворенной, если она вызвана длительным ожиданием еды, рационным питанием или насильственным кормлением. Именно эти причины ведут к первым, зачастую продолжающимся расстройствам питания. Рядом с вызванным процессом питания оральным удовольствием соседствует доставляющее удовольствие сосание пальца, выступающее либо в качестве независимого аутоэротического занятия, либо в качестве явления, предшествующего, сопутствующего, заменяющего или мешающего приему пищи.

2. Отнятие от груди или бутылки, инициируемое самим ребенком, или согласно желанию матери. В последнем случае от формы отнятия зависит, протестует ли ребенок против оральной депривации и возникают ли неблагоприятные последствия для нормального удовольствия, получаемого от пищи. Трудности могут встречаться при переходе на твердую пищу, при появлении новых вкусов и консистенций, как желаемых, так и отвергаемых.

3. Продвижение от кормления к первому самостоятельному приему пищи с использованием приборов или без них; «пища» и «мать» еще идентифицируются друг с другом.

4. Самостоятельное питание с использованием ложки вилки и т. д. Разногласия с матерью о количестве пищи часто переносятся на формы принятия пищи, то есть манеры питания. Еда является тем «полем битвы», на котором могут быть обнаружены проблемы в отношениях матери и ребенка. Страсть к сладостям как адекватному замещению орального удовольствия от сосания; прихоти в еде как результат приучения к туалету, то есть нового реактивного образования — отвращения.

5. На эдиповой фазе постепенно теряет свою силу уравнение «пища — мать». С этого времени иррациональные установки по отношению к еде детерминируются как детскими сексуальными теориями, например, фантазиями об оплодотворении через рот (страх отравления), о беременности (страх стать очень толстым), об анальном рождении (страх потребления и отправления), так и реактивными образованиями, направленными против каннибализма и садизма.

6. Снижение сексуализированности процесса питания в латентный период с одновременным ростом удовольствия от поглощения пищи. При потреблении пищи происходит усиление рационального отношения к еде и самодетерминации. Ранний опыт, полученный на этой стадии, будет решающим в формировании индивидуальных привычек в отношении к еде у взрослого человека, его вкусов, предпочтений, а также последующих вредных привычек и пагубных пристрастий, касающихся еды и питья.

Детские реакции на изменения во второй фазе (например, на отнятие от груди и введение новых вкусов и консистенций) отражают в первое время его склонность либо к прогрессу и авантюризму (когда приветствуется новый опыт), либо к упорному цеплянию за существующие удовольствия (когда каждое изменение переживается как угроза и лишение). Следует ожидать, что какое бы отношение ни доминировало в процессе поглощения пищи, оно также будет важным и на других стадиях развития.

Уравнение «питание – мать», которое сохраняется в течение четырех фаз развития, дает рациональное объяснение субъективной материнской убежденности, что каждый отказ ребенка от еды нацелен на нее лично, то есть выражает неприятие ребенком ее материнской заботы и отношения, осуждение, которое вызвано сверхчувствительностью в отношении процесса кормления и скрыто за этим навязыванием пищи со стороны матери. Это объясняет также, почему на этих фазах отказ от пищи и прихоти в еде могут исчезнуть, если кормление будет осуществляться не матерью, а заменяющим ее незнакомым человеком, то есть человеком, который не откатектирован или откатектирован иначе. Дети, которые у себя дома едят плохо, часто без осложнений едят в детском саду, в больнице или в гостях, правда, не ликвидируя этими успехами в питании недостатков в присутствии матери. Это также объясняет, почему травмирующие отделения от матери часто сопровождаются отказами от еды (отвержение замены матери) или жадностью и перееданием (еда заменяет материнскую любовь).

Нарушения питания на пятой стадии не связаны с внешним объектом, а вызываются внутренними, структурными конфликтами. На них не влияют ни физическое присутствие, ни отсутствие матери.

После шестой фазы приготовления к приему пищи становятся личной заботой зрелого индивида. Внутренние разногласия между возникшим желанием поесть и бессознательно детермини-

рованной неспособностью выносить определенные продукты могут сместить предшествующую борьбу с матерью, связанную с едой. В таком случае борьба находит свое выражение в различных невротических прихотях в еде и расстройствах пищеварения.

От непроизвольного мочеиспускания и пачкания к контролю над кишечником и мочевым пузырем. Так как желаемой целью на этой стадии является не относительная целостность инстинктивных производных, а контроль, модификация и трансформация уретральных и анальных тенденций, то конфликты между ид, эго, суперэго и внешними силами становятся особенно очевидными.

(1) Продолжительность первой фазы, во время которой ребенок имеет полную свободу мочиться и пачкать, определяется не его развитием, а обстоятельствами внешней среды, то есть частотой вмешательств матери, что зависит от семейных, социальных или медицинских условностей. При данных условиях эта фаза может продолжаться от нескольких дней (приучение начинается с рождения и основывается на рефлекторных действиях) до двух или трех лет (приучение основывается на объектных отношениях и эго-контроле).

(2) В противоположность первой фазе начало второй фазы инициировано процессом созревания. Главенствующая роль в мотивации переходит от оральной к анальной зоне. В связи с этим переходом ребенок становится очень нетерпимым по отношению к любым вмешательствам в эти ставшие для него такими важными процессы. С того момента, как продукты выделения тела стали наделены либидо в результате катексиса, произошедшего на этой фазе, они становятся особенно драгоценными для ребенка, и он обращается с ними как с «подарками». Ребенок отказывается от них в пользу матери, что является знаком его любви к ней. После того как данные продукты прошли через катексис вместе с агрессией они становятся оружием, посредством которого гнев, ярость, злость, разочарование могут быть выражены в объектных отношениях. В связи с этим двойным катексисом продуктов выделения тела все отношения ребенка в возрасте от 1 года до 3 лет к объектному миру отличаются амбивалентностью, например, колебаниями между любовью и ненавистью (либидо и агрессия не растворяются друг в друге). Со стороны эго это сочетается с любопытством, направленным на внутреннее устройство тела, удовольствием

от беспорядка, грязи, игр с удержанием, опустошением, переполнением кишечника, равно как и доминированием, обладанием, разрушением и другими проявлениями агрессии. В то же время тенденции, демонстрируемые ребенком, на этой стадии довольно схожи. Однако действительные события различаются в зависимости от материнского отношения. Если ей удастся остаться чувствительной к потребностям ребенка и идентифицироваться с ними так же, как и при кормлении, она будет сочувствующим посредником между требованиями окружения к чистоте и противоположными детскими анальными и уретральными тенденциями. В этом случае приучение к туалету происходит постепенно, без особых осложнений и неудач. С другой стороны, такая эмпатия по отношению к ребенку, проходящему анальную стадию, может оказаться невозможной для матери из-за ее собственного воспитания, ее собственных реактивных образований — отвращения, порядка и пунктуальности или других навязчивых элементов. Если в ней доминируют именно эти образования, то она будет требовать уретрального и анального контроля в резкой и бескомпромиссной манере. Главная битва произойдет между ребенком, намеревающимся защищать свои права на несдерживаемые отправления, и матерью, стремящейся достигнуть чистоты и регулярности.

(3) На третьей фазе ребенок принимает и перенимает от матери и окружающих его людей отношения к чистоте и через идентификацию делает их интегральной частью требований эго и суперэго. С этого момента и далее стремление к чистоте является внутренним правилом, а не внешним. Внутренние барьеры против уретральных и анальных желаний образуются с помощью защитной активности эго в виде хорошо известных регрессий и реактивных образований. Отвращение, порядок, чистота, нелюбовь к грязным рукам остерегаются возвращения вытесненного. Пунктуальность, добросовестность и ответственность появляются как побочные продукты анальной регулярности. Склонность к сохранению, бережливость, страсть коллекционирования свидетельствуют о высокой анальной оценке, смещенной на другие сферы. Подводя итог, можно сказать следующее: в этот период основное место занимает значительное преобразование и трансформация прегинитальных анальных инстинктивных производных. Если эти производные сохраняются в пределах нормы, то они становятся источником самообладания, твердого характера, то есть высокозначимых качеств.

Важно помнить, что эти достижения основаны на идентификациях и интернализациях, и как таковые не защищены полностью перед наступлением эдипова комплекса. В преэдиповой стадии анальный контроль остается уязвимым. Особенно в начале третьей стадии он зависим от качества и стабильности объектных отношений. Например, ребенок, которого приучают к использованию горшка или туалета в доме, автоматически не переносит этот навык на незнакомые места и на ситуации с отсутствием матери. Ребенок, сильно разочарованный своей матерью или отлученный от нее, или страдающий от потери объекта в любой другой форме, может не только утратить интернализованное побуждение быть чистым, но также возобновить агрессивное использование процесса опорожнения организма. Вместе они приводят к случаям мочеиспускания и пачкания, что трактуется как досадная неприятность.

(4) Только на четвертой стадии контроль над кишечником и мочеиспусканием становится полным. Это происходит, когда забота о чистоте отделяется от связи с объектом и приобретает статус полностью нейтральной, автономной заботы эго и суперэго[1].

От безответственности к ответственности в управлении телом. Удовлетворение таких существенных физических потребностей, как кормление и выведение из организма[2] остается в течение нескольких лет под внешним контролем. Выход из-под этого контроля осуществляется такими медленными шагами, которые хорошо сочетаются с равно медленной и постепенной манерой, с помощью которой дети берут на себя ответственность за заботу об их собственном теле и защите его от вреда. В другой работе более подробно описан случай (A. Freud), когда ребенок, о котором мать хорошо заботится, в значительной степени оставляет эти заботы ей, в то время как он позволяет себе относиться к этому индифферентно и беззаботно. Также он может использовать в качестве оружия для борьбы с матерью прямое несоблюдение правил. Только дети, о которых мать заботится не очень хорошо или лишенные матери, принимают на себя ее роль в делах, касающихся здоровья. Они играют с их собственным телом в игру «мать и ребенок» так, как это делают ипохондрики.

[1] См.: H. Hartman (1950b).

[2] Также сон.

Здесь также существует несколько последовательных фаз, которые надо отличать друг от друга, хотя наше настоящее знание о них представляет собой скорее серию набросков и является менее разработанным по сравнению с другими областями.

(1) Первый шаг на пути к взрослению в первые несколько месяцев жизни — это изменение в направленности агрессии: от концентрации на теле до обращения к внешнему миру. Этот шаг ограничивает причинение вреда собственному телу путем укусов, царапанья, и т. д., хотя признаки этого могут сохраняться как пережитки в более позднем возрасте[1]. Шаг в развитии, который мы здесь наблюдаем, основан частично на выработке защитного барьера, чувствительности к боли, частично — на том, что ребенок начинает ценить и беречь свое тело в той мере, в какой либидо матери было направлено на его тело (Hoffer, 1950).

(2) Следующее —развитие таких функций эго, как ориентация во внешнем мире, понимание причин и следствий, контроль опасных желаний в соответствии с принципом реальности. Вместе с болевыми барьерами и нарциссическим катексисом тела эти новоприобретенные функции защищают ребенка от таких опасностей внешнего мира, как вода, огонь, высота и т. д. Насколько важны эти функции эго для предотвращения несчастных случаев, настолько необоснованно полагаться на одновременность или однообразие их развития. Там, где в развитии происходит задержка той или иной функции, ребенок остается под угрозой, то есть неподобающе долго остается зависимым от материнской опеки.

(3) В норме последним появляется детское добровольное принятие правил гигиены и медицинских требований. Дети сравнительно рано узнают, что не все съедобно, что переедание имеет неприятные последствия и что необходимо содержать тело в чистоте, но приобретения этого рода принадлежат скорее участию оральных и анальных инстинктов, а не настоящей стадии. Это отличается от избегания болезней, подчинения предписаниям врача принимать те или иные лекарства, ограничениям в пище и подвижности. Страх, вина, боязнь кастрации, конечно, могут мотивировать любого ребенка быть осторожным, опасаться за безопасность своего тела, следить за этим. Но когда подобные страхи не влияют на ребенка, он становится явно бескомп-

[1] Такие пережитки нельзя путать с поздним «обращением агрессии на себя», что является не нарушением развития, а защитным механизмом, используемым эго под влиянием конфликта.

ромиссным и чинит препятствия в вопросах, касающихся здоровья. Согласно частым жалобам матерей, дети ведут себя так, будто они провозгласили свое право подвергать опасности их здоровье, в то время как они оставляют заботу о нем матерям, чтобы те защищали и восстанавливали его. Такое отношение часто продолжается до конца юности и может представлять собой последние остатки первоначального симбиоза между матерью и ребенком.

Следующие примеры линий развития

Существует множество других примеров линий развития, где каждый шаг известен аналитику и которые могут быть прослежены без особого труда как с помощью реконструкции прошлого из анализа взрослых, так и через непосредственное наблюдение детей.

От эгоцентричности до партнерства. При описании детского роста в этом отношении можно проследить следующую последовательность событий:

(1) Эгоистический, нарциссически ориентированный взгляд на объектный мир, в котором другие дети или не фигурируют вовсе, или воспринимаются только в роли нарушителей отношений между матерью и ребенком, соперников за любовь родителей.

(2) Отношение к другим детям как к неодушевленным объектам, игрушкам, которые можно взять в руки, грубо с ними обращаться, управлять ими, избавляться от них, не считаясь с их реакцией и отношением.

(3) Отношение к другим детям как к помощникам, партнерам в выполнении поставленной цели, общей деятельности, такой, как игра, построение чего-либо, разрушение, плохое поведение, досаждение другим людям и т. д. Продолжительность партнерства зависит от задачи и является вторичной по отношению к ней.

(4) Другие дети рассматриваются как партнеры и объекты с их собственными правами. Ребенок может восхищаться другим ребенком, бояться его или соревноваться с ним, он может любить или ненавидеть, с его чувствами ребенок идентифицируется, признает чужие желания и уважает другого ребенка, он может поделиться с ним какой-то собственностью на основе равенства.

На первых двух фазах ребенка лелеют и терпят, как лелеют и терпят малыша старшие братья и сестры. Ребенок до трех лет асоциален по определению, какие бы усилия против этого ни

предпринимала мать. Общественная жизнь для ребенка на этой стадии может быть терпимой, но это не принесет пользы. Третья стадия представляет минимум требований для социализации в форме принятия старших братьев и сестер или вхождения в группу ровесников в детском саду. Но только на четвертой стадии у ребенка появляются партнерство, враждебные отношения и дружба любого типа и продолжительности.

От тела к игрушке и от игры к работе.

(1) Игра у ребенка начинается как активность по поиску эротического удовольствия, включая рот, пальцы, зрение, всю поверхность кожи. Игра осуществляется на собственном теле ребенка (аутоэротическая игра) или на теле матери (обычно в связи с кормлением) без явного различения, порядка или первенства между ними.

(2) Части тела матери и ребенка переносятся на какие-то мягкие предметы, такие как кусочки ворса, подушки, коврики, мех, мягкие игрушки. Они являются первыми предметами для игры ребенка. Этот переходный объект наделяется нарциссическим и объектным либидо.

(3) Прикрепление к одному специфическому переходному объекту развивается и распространяется на мягкие игрушки разного типа в целом, которые в качестве символических объектов приближаются или отталкиваются в зависимости от либидозного или агрессивного катексиса. То, что они неодушевленные объекты, и, следовательно, не мстят, позволяет ребенку выразить все его амбивалентные чувства по отношению к ним.

(4) Игрушки, которые ребенок прижимает к себе, постепенно отходят на второй план, за исключением времени сна. В этой ситуации в качестве переходных объектов они облегчают переход ребенка от активности, сопричастности внешнему миру к нарциссическому уходу – необходимому условию сна.

В дневное время их место постепенно занимают предметы для игры. Сами по себе они не обладают статусом объекта, но обеспечивают различные виды активности эго и фантазии, лежащие в их основе. Такие виды активности или прямо удовлетворяют конкретный инстинкт, или привносят сублимированную энергию инстинктов. Их хронологическая последовательность приблизительно следующая:

(а) игровой материал предоставляет возможность для деятельности эго: наполнение – опустошение, открывание – зак-

рывание, соединение и так далее, то есть символизирует отверстия в теле и их функции;

(б) подвижные игрушки повышают мышечное удовольствие;

(в) строительные материалы, с помощью которых можно создать все виды строений и опять разрушить и которые, таким образом, приспособлены к амбивалентным стремлениям анально-садистской фазы;

(г) игрушки, обеспечивающие выражение маскулинных и фемининных тенденций и отношений, используются:

— в индивидуальной ролевой игре;

— для демонстрации эдипова объекта (в целях фаллического эксгибиционизма);

— для различных ситуаций эдипова комплекса в группах (что предполагает по меньшей мере на третьей стадии достижение дружеских отношений).

Выражение маскулинности может происходить путем занятий гимнастикой и акробатикой, то есть посредством деятельностей эго, в которых детское тело в целом и умелое управление им символизируют фаллическую потенцию.

(5) Прямое или смещенное удовлетворение от игровой активности как таковой дает дорогу растущему удовольствию от достижения успеха в деятельности. Речь идет об удовольствии, которое было описано в академической психологии как удовольствие от завершения задачи, от разрешения проблемы и т. д. Некоторые авторы считают это необходимой предпосылкой успешного школьного обучения (Buhler, 1935).

В какой степени это удовольствие от достижения связано с детской инстинктивной жизнью, все еще является открытым вопросом. Свою роль в этом может играть: имитация и идентификация в ранних отношениях матери и ребенка, влияние идеалов эго, переход от пассивности к активности в качестве механизма защиты и адаптации, а также внутреннее убеждение – поворот к зрелости, то есть к прогрессивному развитию.

Это удовольствие от достижения, связанное только вторично объектными отношениями, представлено у очень маленьких детей в виде скрытой способности, демонстрируемой в практической манере успехами метода Монтессори. В этом методе, применяемом в детском саду, игровой материал отбирается таким образом, чтобы дать ребенку возможность максимально повысить самооценку и увеличить удовлетворение с помощью завер-

шения задачи и независимого решения проблемы. Наблюдения показали, что дети положительно отвечают на предоставленные им возможности, даже начиная с двух-трех лет.

Там, где этот источник удовлетворения не достигает того же самого уровня с помощью внешних средств, удовольствие, почерпнутое из достижений в игре, остается связанным непосредственно с похвалой и одобрением, которые ребенок получает от объектного мира. Удовлетворение от конечного продукта занимает первое место только в более позднее время, возможно в качестве результата интернализации внешних источников самооценки.

(б) Способность играть изменяется на способность *работать*[1], когда появляются дополнительные способности:

(а) контролировать, подавлять, тормозить или модифицировать импульсы, побуждающие использовать имеющийся материал агрессивно и деструктивно (не выбрасывать, не откладывать, не наводить беспорядок, не нагромождать) и побуждающие использовать его позитивно и конструктивно (строить, планировать, учить, и – в общественной жизни – делиться);

(б) доводить до конца заранее составленные планы, при этом обращать минимум внимания на недостаток моментального удовольствия, вмешательство фрустраций, и т. д. и максимум – на удовольствие от конечного результата;

(в) достигнуть посредством этого не только перехода от примитивного инстинктивного удовольствия к сублимированному вместе с высокой степенью нейтрализации инстинктивной энергии, но и перехода от принципа удовольствия к принципу реальности. Это развитие существенно для успеха в работе в латентный период, юношеский период и во время зрелости.

Такие схожие виды активности, как грезы, игры и хобби значимы для личностного развития. Они берут свое начало из линии развития от тела к игрушке и от игры к работе и основаны преимущественно на последних стадиях.

Грезы. Хронологически дневные фантазии следуют за игрой, то есть по своей сущности они являются игрой без игрушек. Импульсы и желания, которые у более маленьких детей прояв-

[1] Представленная здесь попытка не является определением работы со всеми ее социальными, а также психологическими включениями. Это преимущественно описание продвижений в эго развитии и контроле мотивов. Возможно, они являются необходимыми предвестниками приобретения любым индивидом способности работать.

ляются во всей полноте на осязаемом игровом материале, более старшими детьми, подростками и часто взрослыми выдумываются в сознательной деятельности фантазии и сопровождают их реальные переживания.

Игры. Игры ведут свое происхождение от активности эдипова комплекса, связанной с воображением. Начиная с этой стадии, они развиваются в символическое выражение тенденций, относящихся к агрессивным нападениям, защите, соревнованию, и т. д. Так как они управляются жесткими правилами, которым должен подчиняться каждый участник, ни один ребенок не может успешно вступить в них до достижения определенного уровня адаптации к реальности, то есть до третьей стадии линии развития, направленной на достижение партнерства.

Игры в отличие от игрушек могут требовать дополнительного снаряжения: вещи, одежду, различные предметы, и т. д. Многое из этого оснащения символизирует фаллически-агрессивные атрибуты и как таковые высоко ценятся ребенком.

Во многих соревновательных играх собственное тело ребенка и навыки тела как таковые являются средствами достижения цели.

Опытность и умение в играх, таким образом, являются комплексным достижением, зависящим от многих факторов. Речь идет о развитии моторного аппарата, о позитивном катексисе тела и его навыков; принятии партнерства и групповой жизни; позитивной эксплуатации контролируемой агрессии, стоящей на службе у амбиций, и т. д. Соответственно, функционирование в данной области доступно и большому числу расстройств, которые могут привести как к трудностям в развитии, неадекватному развитию в любой фазе, так и к детерминированному на этой фазе подавлению анальной агрессии и фаллически-эдиповой маскулинности.

Хобби. Между игрой и работой мы встречаемся с хобби, которое имеет много общего как с той, так и с другой:

(а) основная цель — получение удовольствия, при этом слабо учитываются внешние требования и давление;

(б) преследуются сублимированные цели, но цели, которые не слишком удалены от удовлетворения агрессивных или эротических мотивов;

(в) преследование целей осуществляется комбинацией немодифицированной энергии инстинктов и энергии различных степеней нейтрализации.

У хобби и описанных установках к работе есть общая важная черта — заранее разработанный план, который приводится в исполнение адекватным и приемлемым способом, и осуществляется в течение определенного периода времени, а если необходимо, то и при наличии внешних трудностей и фрустраций.

Хобби появляются впервые в начале латентного периода (коллекционирование, наблюдения, специализация интересов), их содержание может меняться, но может и оставаться неизменным в течение всей жизни как специфическая форма активности.

Соотношение между линиями развития

Если мы проанализируем в деталях наши замечания, касающиеся нормы, то обнаружим, что мы ожидаем близкого соотношения уровней, достигнутых на разных линиях развития. В клинических терминах это означает следующее: чтобы стать гармоничной личностью, ребенок, который достиг одной из последовательных стадий эмоциональной зрелости, должен также достичь соответствующих уровней развития в сфере физической самостоятельности (контроль над мочеиспусканием и кишечником, ликвидация связи между пищей и матерью), в линиях, направленных на партнерство, конструктивную игру, и т. д. Мы склонны придерживаться такой точки зрения даже в том случае, если существует множество примеров обратного. Существует, несомненно, много детей, которые демонстрируют очень неравномерный рост. Они могут стоять высоко на одних уровнях (зрелость эмоциональных отношений, телесная независимость и т. д.) и одновременно отставать по другим (например, игра, в которой они продолжают держаться за переходный объект, мягкие игрушки или развитие партнерства, где они обращаются со сверстниками как с мешающими или неодушевленными объектами). Некоторые дети оказываются высоко развиты, когда речь идет о вторичном процессе — о мышлении, языке, игре, работоспособности и общественной жизни, но в то же время остаются в состоянии зависимости, что касается управления процессами их собственного тела, и т. д.

Подобное несогласование между линиями развития вызвано стремлением детского подсознания оправдать поступки обстоятельствами, послужившими причиной, особенно в вопросах, насколько они определены внутренними, а насколько – внешними причинами. В подобных случаях нашей задачей является разделить эти факторы и описать их отдельно, а также проследить их взаимосвязи.

Мы предполагаем, что у всех нормально одаренных, без органических нарушений детей линии развития, обозначенные выше, включены в их конституцию как врожденные возможности. Очевидно, что вклад со стороны ид — это зрелая последовательность в развитии либидо и агрессии. Со стороны эго — это определенные изначальные тенденции к организации, защите и структурализации, хотя здесь это менее очевидно и менее изучено. Возможны также, хотя об этом мы знаем еще меньше, некоторые количественные различия в усилении прогресса в одном или другом направлении. Для остальных, то есть для специально выбранных с целью особенного продвижения в развитии индивидуальных линий, мы должны находить случайные влияния окружающей среды. В анализе старших детей и при реконструкции анализа взрослых мы обнаруживаем эти силы воплощенными в личностях родителей, в их действиях и идеалах, в семейной атмосфере, во влиянии культурного окружения в целом. В аналитическом наблюдении маленьких детей было продемонстрировано, что именно индивидуальный интерес матери и ее пристрастия действуют в качестве стимулов. По крайней мере, в начале жизни, ребенок, кажется, концентрируется при развитии на том, что вызывает наиболее очевидное одобрение и любовь матери. Это подразумевает, что те виды активности, которые приветствуются матерью, повторяются чаще, становятся наполненными либидо и тем самым стимулируется их дальнейшее развитие.

Для примера можно провести различие, которое можно наблюдать в качестве развития речи в тех случаях, если мать контактирует с ребенком не посредством телесного контакта, а через разговоры. Иногда мать не находит удовольствия в физическом развитии ребенка и чувствует себя ближе всего к ребенку, когда он улыбается, и улыбка становится со стороны ребенка предпочтительным выражением и средством проявления внимания и общения. Матери, которые поют детям, укладывая их в кровать, воздействуют тем самым на его будущее отношение к музыке, возможно, даже на его музыкальную «одаренность». Где радость от движений ребенка не встречает отголоска в чувствах матери, они часто исчезают и замещаются неуклюжестью и сонливостью и т. д.

В психоанализе было известно задолго до наблюдения таких детей, что депрессивные настроения матери в первые два года жизни ребенка создают у него склонность к депрессии (хотя это может проявиться и много лет спустя). Происходит следующее:

такие дети достигают чувства единения и гармонии с матерью, воспроизводя в себе ее настроение, то есть они не используют для этой цели достижения своего развития.

Все эти средства — не более чем тенденции, склонности, пристрастия (включая склонность к депрессии, мазохистские отношения и т. д.), которые присутствуют у всех человеческих существ. Они могут быть эротизированы и стимулированы к росту через формирование эмоциональной связи между ребенком и его первым объектом.

Нарушение баланса между линиями развития, подобное описанному, не является само по себе патологическим. Умеренная дисгармония только лишь подготавливает почву для бесчисленных различий, которые существуют у индивидов с самого раннего возраста, то есть это неравновесие производит многочисленные *вариации нормы*, с которыми мы должны считаться.

Пример: поступление в детский сад

Учитывая все вышесказанное, детский аналитик может ответить на вопросы, встающие перед родителями, основываясь не на таком неустойчивом факторе, как возраст ребенка или на недостаточно показательных интеллектуальных особенностях. Вместо этого он может размышлять в терминах основного психологического различия между зрелостью и незрелостью и в терминах линий развития. Как ребенок отнесется к рождению следующего ребенка, пребыванию в больнице, поступлению в школу и т. д. зависит, согласно новым представлениям, полностью от того, созрел ли он для этого события, то есть достиг ли он для этого необходимого уровня развития по рассматриваемым линиям.

Если событие и уровень развития согласованы друг с другом, то происходящее будет конструктивным и благотворным для ребенка. Если там, где такого согласования не наблюдается, ребенок чувствует себя сбитым с толку, озадаченным, перенапряженным и, никакие усилия со стороны родителей, учителей, воспитателей не смогут предотвратить его страдания, несчастье и чувство провала, которые часто приобретают травмирующие размеры.

Такой «диагноз нормального ребенка» может быть проиллюстрирован практическим примером, одним из многих. В этом примере рассматривается вопрос, при каких обстоятельствах развития ребенок готов временно (на первый раз) оставить домаш-

нее окружение, отказаться от близости матери и вступить в групповую жизнь в детском саду (яслях), не испытывая чрезмерного страдания и с пользой для себя.

Необходимый уровень на линии «от зависимости к эмоциональной независимости». Не так давно от всех детей, как само собой разумеющееся, ожидалось, что они в возрасте 3—6 лет должны быть способны при поступлении в детский сад разлучиться с матерью перед его дверями и с первого дня адаптироваться к новому окружению, новой воспитательнице и новым товарищам по игре. То, что поступившие новички плачут, грустя о своих матерях, и ничего или почти ничего не хотят знать о предъявляемых к ним требованиях, казалось несущественным. Для многих детей, действительно, начальные трудности и отчаяние через несколько дней уступают место более или менее удовлетворительному приспособлению. Для меньшинства детей этот путь противоположен. Для них первые дни в детском саду беспроблемны и радостны. Затем через несколько дней взрослые сталкиваются с совершенно неожиданными трудностями, вплоть до полного неповиновения. Ни в одном из случаев взрослому не приходило голову воспринимать проявляющиеся рано или поздно чувства детей серьезно или рассматривать их иначе, чем только как неизбежное.

Как ясно с нашей нынешней точки зрения, они неизбежны, только если отвергаются соображения развития. Если при поступлении в детский сад ребенок любого хронологического возраста все еще находится на первой или второй стадии этой линии развития, то отделение от матери и дома, даже на короткие периоды, не является адекватным для его психологического возраста и нарушает его жизненные уклад. Протест и страдание при таких обстоятельствах вполне закономерны. Если ребенок достиг, по крайней мере, объектного постоянства (стадия 3), то отделение от матери будет менее расстраивающим, он готов будет встретиться с другими людьми, принять новые рискованные предприятия и приключения. Даже тогда изменения должны происходить постепенно, в маленьких дозах, период независимости не должен быть слишком долгим, и поначалу возвращение к матери должно быть осуществлено по желанию ребенка.

Необходимый уровень на линии, касающейся физической независимости. Некоторые дети чувствуют себя крайне диском-

фортно в детском саду, потому что они находят для себя невозможным принимать любую еду или питье, которые им дают, или пользоваться туалетом для мочеиспускания и дефекации. Это не зависит от того, какую еду им предлагают, или от особенностей туалета, хотя ребенок обычно использует их странность в качестве рационализации. Настоящая же разница между способностями и неспособностями в этом отношении заключается в особенности развития. На линии питания должна быть достигнута 4-я стадия (самостоятельное питание), на линии опрятности – отношение к чистоте и порядку достигают 3-й стадии.

Необходимый уровень на линии, касающейся партнерства. Любой ребенок будет чувствовать себя лишним и несчастливым в детском саду до того, как им будет достигнута стадия, на которой он может завязывать отношения с другими детьми (3-я фаза). Он становится полноценным членом группы только тогда, когда он научился воспринимать других детей как партнеров по игре и признавать за ними определенные права, что позволяет ему на 4-й стадии формировать отношения дружбы. Фактически, если развитие в этом отношении находится на низком уровне ребенок или не будет принят в детский сад, или будет восприниматься как нарушитель спокойствия.

Необходимый уровень на линии от игры к работе. Обычно поступление в детский сад приходится на начало стадии, когда «игровые материалы... позволяют проявиться деятельности эго и связанным с ним фантазиям» (4 стадия), и постепенно, к концу пребывания в детском саду в связи с развитием навыков игры ребенок достигает пятой ступени работоспособности и тем самым достигает школьной готовности. Задачей воспитательниц на протяжении этих лет является организация соответствующих занятий. Там, где они не удовлетворяют потребности детей, возникает скука, где они опережают, ребенок лишается своих достижений.

Поскольку в детском саду принимается во внимание способность ребенка к адекватному *поведению*, она зависит не только от описанных линий развития, но и от взаимодействия его ид и эго в целом.

Даже самые терпеливые воспитательницы где-то в уме хранят образ «идеального» детсадовского ребенка, который не демонстрирует никаких внешних признаков нетерпения или бес-

покойства; который спрашивает разрешения взять то, что он хочет, а не хватает это; который может подождать своей очереди; который удовлетворен своим положением; который не выходит из себя и может терпеть разочарования. Даже если нет ни одного ребенка, удовлетворяющего этому описанию, такие формы поведения будут обнаружены в группе, в одном или в другом ученике, в отношении того или иного аспекта повседневной жизни. В аналитических терминах это означает, что в этот период дети учатся, как управлять своими аффектами и импульсами, вместо того чтобы без сопротивления предаться им. То, что при этом согласно развитию им помогает, двойственно. Со стороны эго существует прогресс от первичного процесса к вторичному процессу, который включает мышление, здравый смысл и соотнесение желания и его исполнения (Hartmann, 1947); точно так же прогресс от принципа удовольствия к принципу реальности. Со стороны ид исходит не менее эффективное, возможно, биологически обусловленное ослабление натиска инстинктивных потребностей.

Далее будет рассмотрен, в связи с «нормальным уровнем регрессии» (E. Kris, 1950, 1951) у детей тот факт, что ни один ребенок не может постоянно и при любых обстоятельствах сохранять хорошее поведение или свои лучшие достижения. Однако такие спады нормальны даже тогда, когда они происходят часто и по незначительным причинам и не влияют на поступление в детский сад.

Регрессия как принцип нормального развития

Линии развития и их нарушения, как было сказано выше, сами по себе не отвечают за все сложности, возникающие в детстве, в особенности за задержки, которые нарушают плавный ход развития.

То, что существует прогрессивный переход от стадии незрелости к созреванию по линии, которая предопределена внутренними факторами, но подвержена влиянию и формируется в зависимости от окружающей среды, знакомо нам по процессам роста в органическом плане, когда анатомические, психологические и неврологические процессы находятся в постоянном развитии. Мы видим, что рост движется по прямой, прогрессивной линии до того момента, пока ребенок не превратится во взрослого, или развитие не прервется тяжелым заболеванием. И только в старости эти процессы поворачивают вспять.

Действительно, в психике раскрываются производные инстинктивных побуждений, импульсы и аффекты, интеллектуальные и моральные способности и т. п. по заранее намеченному плану, который осуществляется во взаимоотношении с внешней средой. Но на этом аналогия заканчивается. В физическом развитии прогрессивное продвижение вперед остается единственной рассматриваемой силой. В психическом развитии нам дополнительно нужно считаться с явлениями, которые направлены в противоположную сторону, а именно с фиксациями и регрессиями. Лишь знание обоих, прогрессивного и регрессивного, влияний и взаимодействия сил между ними ведет к удовлетворительной информации о судьбе процесса развития.

Три типа регрессии

В своем дополнении (1914) к «Толкованию сновидений» (1900) различие было проведено между тремя типами регрессии: а) топическая регрессия, при которой психическое возбуждение течет от моторной части психического аппарата обратно к своей сенсорной части и достигает системы восприятия; процесс, на котором основано галлюцинаторное исполнение желаний (в отличие от рационального мышления); б) временная регрессия, как возвращение к исходным, более ранним психическим структурам; в) формальная регрессия, при которой примитивные методы выражения и представления занимают место более зрелых форм выражения. В этой связи он говорит: «Три вида агрессии являются ... едиными в основании и, как правило, случаются вместе; что раньше по времени, то примитивнее по форме и психической топографии, и лежит ближе к обозреваемому концу». Мы считаем, что для наших целей движения различных видов регрессии должны быть рассмотрены, несмотря на свою похожесть, отдельно и в соответствии с различными чертами незрелой личности ребенка. Существует также необходимость их подразделения на более мелкие структуры.

Чтобы рассмотреть процесс мышления согласно современным метапсихологическим представлениям, я начну с перевода вышеуказанного утверждения касательно мыслительных органов на язык существующих терминов. Цитированное положение гласит далее следующее: регрессия может случаться во всех трех частях личностной структуры, вид также, как и в эго и суперэго; это можно рассматривать как психическое содержание и как методы функционирования; временная регрессия происходит в от-

ношении целенаправленных импульсов, объектных репрезентаций и содержания фантазий; топографическая и формальная регрессия в функциях эго, вторичные мыслительные процессы, принцип реальности и т. д.

Регрессия в инстинктивном и либидозном развитии

В аналитических работах временные регрессии изучены наиболее глубоко, особенно в их влиянии на инстинктивные и либидозные процессы. Они затрагивают, с одной стороны, выбор объектов и отношение к ним с последующим возвращением к их ранней значимости и наиболее инфантильному выражению зависимости. С другой стороны, на организацию мотивов в целом может повлиять и возвращение к ранним прегенитальным уровням и связанные с ними агрессивные проявления. В этом отношении регрессия рассматривается как основанная на специфической характеристике развития влечения, а именно на том факте, что в то время как либидо и агрессия продвигаются вперед с одного уровня на другой и катектируют объекты, которые обеспечивают удовлетворение на каждой стадии, ни одна стадия на пути не перерастается, как это происходит при органическом росте. Пока одна часть энергии влечения движется вперед, другая ее порция (количество может быть различным) остается позади, связанной с более ранними целями и объектами, и создает так называемые фиксационные точки (на аутоэротизме и нарциссизме, на стадиях отношения между матерью и ребенком, преэдиповой и эдиповой зависимости, оральном удовольствии и оральном садизме, на анально-садистских или пассивно-мазохистских отношениях, фаллической мастурбации, эксгибиционизме, эгоцентризме, и т. д.). Фиксационные точки могут быть вызваны любым типом травмирующих переживаний, чрезмерной фрустрацией или излишним удовлетворением на любых уровнях. Они могут быть в различной степени осознаны или вытеснены. Степень бессознательной привязанности к ним также может различаться. Для итога развития это менее важно, чем тот факт, что они способны связывать собой инстинктивную энергию, задерживать дальнейшее продвижение вперед и тем самым вредить нормальному развитию инстинктов и объектных отношений.

Фиксации и регрессии всегда рассматривались как взаимозависимые[1]. В зависимости от их существования и согласно

[1] «Чем сильнее фиксация на его (либидо) пути развития, тем быстрее (последующая) функция избежит внешних трудностей с помощью регрессии к фиксации» (З. Фрейд, 1916–1917).

степени либидо и агрессии, с которой они катектированы, фиксационные точки оказывают постоянное ретроградное давление на инстинктивную деятельность и обладают притягательностью, которая дает о себе знать на протяжении всего раннего развития и в зрелости.

Запутанность *сексуальной* регрессии лучше всего может быть показана на клиническом примере, который разобран и описан в деталях. Хотя утверждения, касающиеся этой сложности, обычно неоправданно сокращены и тем самым являются неполными. Так, недостаточно сказать, что мальчик, находящийся на фаллически-эдиповом уровне, под влиянием страха кастрации «регрессировал к анальной или оральной фазе». Вдобавок к этому должна быть описана форма, сфера и значимость регрессивного движения, которое имеет место. Утверждение в своей простейшей форме может означать не более того, что мальчик отказался от соперничества с отцом и от фантазий обладания эдиповой матерью и реактивировал свою преэдипову концепцию матери с соответствующими цепляющимися, требующими, искаженными отношениями. В то же время в других отношениях все остается тем же самым: мальчик продолжает рассматривать мать как целостную личность с ее собственными правами и продолжает выпускать анальное и оральное возбуждение, связанное с ней, в акте фаллической мастурбации. Или то же самое утверждение может подразумевать, что регрессия также повлияла на уровень объектных отношений. В этом случае постоянство объекта отбрасывается, а оживают анаклитические отношения: личная значимость объекта любви вновь становится затемненной важностью удовлетворения частного инстинкта. Это отношение, нормальное для периода раннего детства, но в более позднем возрасте и в период зрелости оно привносит в объектные отношения поверхностность и неразборчивость. Есть третья возможность: регрессия может также включать метод разрядки сексуального возбуждения. Когда это происходит, фаллическая мастурбация исчезает и замещается импульсами, побуждающими еду, питье, мочеиспускание и дефекацию на пике возбуждения[1].

[1] Во время детского анализа легко различить среди пациентов-мальчиков тех, у кого возникает (или кто старается подавить возникнове!ние) эрекция в важные моменты, и тех, кто вместо этого вынужден убегать в туалет для мочеиспускания или дефекации или кому спешно требуется выпить стакан воды или пососать сладости.

Такой метод разрядки сексуального возбуждения является чрезвычайно важным для оценки детского сексуального характера в целом. Он был

В то время как предыдущие характеристики, помимо всего прочего, детерминированы упрямым прилипанием влечений ко всем объектам и позициям, которые когда-либо приносили удовлетворение, характеристики этого рода не играют роли в регрессии эго, которая базируется на отличных принципах и следует иным правилам.

Регрессии в развитии эго

В своей аналитической работе мы настолько близко познакомились с постоянной связью между точками фиксации и регрессиями, что мы легко распространяем эти регрессивные процессы на эго и суперэго. При более близком рассмотрении отчетливой становится неправомерность этого. Сущность фиксации состоит в удержании на однажды пережитом удовлетворении и на его заполнении некоторым количеством энергии. Оба эти процесса не играют никакой роли в регрессии эго, которое подчиняется иным законам и правилам.

Временная регрессия эго в нормальном развитии. Обратные движения, которые происходят в каждом случае нормального детского развития, хорошо известны всем, кто имеет дело с маленькими детьми. Регрессия функций принимается как должное этими людьми в качестве общей характеристики детского поведения[1].

На самом деле при детальном изучении оказывается, что регрессивные тенденции существуют во всех важных сферах достижений ребенка: в функциях эго, таких, как контроль подвижности, тестирование реальности, синтетическая функция, речь; в приобретении контроля над мочевым пузырем и кишечником; во вторичных мыслительных процессах, контроле тревожности; в элементах социальной адаптации, таких, как устойчивость к фрустрациям, контроль импульсов, манеры; в таких требованиях суперэго, как честность, справедливость по отношению к другим людям и т. д. Во всех этих отношениях способность ребенка функционировать на

обсужден З. Фрейдом в «Детском неврозе» (1918): «Тот факт, что наш маленький мальчик выпустил стул наружу, является знаком его сексуального возбуждения, должен быть рассмотрен как характеристика его конгенитальной сексуальной конституции. Он одновременно присвоил себе пассивное отношение и продемонстрировал большую склонность к последующей идентификации с женщиной, а не с мужчиной».

[1] Есть популярное высказывание, что «дети делают два шага вперед и один назад».

сравнительно высоком уровне не гарантирует, что это достижение будет стабильным и продолжительным. Напротив: случайные возвраты к более инфантильному поведению должны рассматриваться как нормальный знак. Так, бессмысленный разговор или даже лепет имеют законное место в детской жизни наряду с рациональной речью и чередуются с ней. Привычки к чистому туалету не приобретаются в один момент, они проделывают долгий путь туда – обратно через бесконечную череду успехов, рецидивов, неудач. Конструктивная игра с игрушками чередуется с бесцельным, деструктивным обращением с игрушками и аутоэротической игрой с телом. Социальная адаптация периодически прерывается возвратами к крайнему эгоизму, и т. д. Фактически удивительными являются не рецидивы, а случайные, неожиданные достижения и продвижения. Такие движения вперед могут происходить в сфере кормления, где они принимают форму неожиданных отказов от груди и переходу к бутылочке, ложке или чашке или от жидкостей к твердой пище; или в более позднем возрасте неожиданный отказ от прихотей в еде. Известно, что они происходят в области привычек в виде неожиданного отказа от сосания пальца или переходного объекта, фиксированного порядка сна и т. д. В приучении к туалету известны примеры почти мгновенного переключения от непроизвольного мочеиспускания и пачкания к контролю мочевого пузыря и кишечника; агрессия исчезает почти за один вечер и сменяется робостью, сдержанностью, застенчивым поведением. Такие трансформации могут быть весьма приятны для окружения ребенка. Однако диагносты относятся к ним с подозрением и приписывают их не обычному течению прогрессивного развития, а к травмирующим влияниям и страхам, которые нарушают его нормальный ход. Согласно опыту, медленный путь проб и ошибок, прогресса и временного возвращения – наиболее подходящий для здорового психического роста.

Ухудшение вторичного процесса функционирования в сознательной жизни детей. В течение многих лет в аналитической литературе не было представлено должного описания повсеместно признанного механизма регрессии эго в нормальной жизни ребенка. Лично я интересовалась этим давно и представила вниманию Венского общества в 30-е годы короткую статью по этому вопросу, озаглавленную «Ухудшение вторичного процесса функционирования в сознательной жизни детей». В ней я кратко

изложила, что такие ухудшения проявляются в разных ситуациях, имеющих общий фактор. Это происходящее по той или иной причине снижение эго-контроля над психическим функционированием.

а) В *детском анализе*, как и в любом случае анализа, все направлено на то, чтобы побудить ребенка уменьшить его защиты и контроль и дать большую свободу фантазии, импульсам и бессознательному. При этом можно наблюдать, как игра ребенка и его вербальные выражения постепенно утрачивают такие характеристики вторичного процесса мышления, как: логика, согласованность, рациональность и демонстрируют вместо этого характеристики первичного процесса функционирования: обобщение, смещение, повторяемость, искажения, преувеличения.

То, что начинается как разумная и упорядоченная игра фантазии, распадается на отдельные составные части, которые начинают бессвязно или, используя неправильную связь, управлять фантазией. Например, пятилетний ребенок играет с так называемым «миром в миниатюре» и использует фигуры, чтобы в соответствии с действительностью представлять драматическим образом семейные распри. Но по мере развития игры элемент борьбы выскользнул из-под контроля и перешел от людей на неодушевленные объекты. В момент кульминации в конфликт оказалась вовлеченной вся мебель: раковина на кухне вступила в ожесточенной бой со столом и сервантом. Подобным образом дети начинают рисовать военный корабль с одной или двумя правильно расположенными пушками. Затем ребенок будет увеличивать их число, повсюду размещая пушки до тех пор, пока весь корабль, над и под водой, не покроется ими[1].

б) Почти идентичные проявления могут демонстрироваться и за пределами аналитической ситуации в нормальном поведении ребенка, когда он готовится *ко сну*, то есть во время перехода от активного бодрствования к засыпанию. В этот период даже самые разумные и хорошо адаптированные дети начинают беспокоиться, хныкать, говорить бессмыслицу, цепляться и требовать нежности и внимания, которое привыкли получать в более раннем возрасте. Здесь также наблюдается множество беспорядочных мыслей, процессов, повторение единичных слов или предложений, общая лабильность аффектов, проявляющаяся в мгновенных сменах настроения от веселья до плача. Для тех, кто

[1] Подобные действия носят защитный характер, который здесь отвергается.

изучает регрессию, вряд ли можно представить более убедительную картину постепенного ухудшения эго, неудачного выражения одной функции за другой до тех пор, пока все функционирование эго ни приостановится, и ни наступит сон.

в) На самом деле, мое первое столкновение с подобными проявлениями произошло намного раньше, когда я была еще *в школе*. Я отчетливо помню себя в шестом классе среди своих одноклассников. Мы очень перенапрягались из-за неудачно составленного расписания: несколько трудных предметов шли друг за другом без достаточных перерывов. Внимание и восприимчивость, которые мы проявляли утром, к пятому или шестому часу занятий иссякали. Тогда даже самые невинные слова, сказанные кем-нибудь, приводили к дикому взрыву хихиканья и неконтролируемому поведению. Учителя-мужчины, на чью долю выпало несчастье вести занятия в это время, возмущенно осуждали всех девочек, находившихся в классе, называя их «стаей глупых гусынь». Я осознавала, что мы были уставшими, но не могла понять, почему это делает нас глупыми. Все, что я могла тогда сделать, это отложить этот факт в моей памяти, чтобы затем его объяснить.

Регрессия эго под давлением. Хотя мое выступление в Вене не вызвало большого интереса в то время (и осталось неопубликованным), позже этот вопрос был рассмотрен рядом аналитиков. Эрнст Крис на основе своего наблюдения детей в детском саду ввел понятие «темп регрессии». Он показал на примерах, что, чем младше ребенок, тем меньше период времени, в течение которого его состояние остается на оптимальном уровне. Это объясняет хорошо известный воспитателям детского сада случай, когда все дети работают на ранних утренних занятиях лучше, чем на более поздних. Эти регрессии касаются детских игр (возврат от эго-доминантной стадии конструктивной игры к импульсивно-доминантной стадии беспорядка, агрессии и деструктивной игры); социальных отношений (возврат от партнерства и внимательности к другим к эгоизму и ссорам); и устойчивости к фрустрации (уменьшение эго-контроля над импульсами, приводящее к усилению инстинктивной активности).

Ряд авторов выделяет другие стрессовые ситуации, помимо усталости, как факторы, влияющие на регрессию, хотя в этих случаях регрессия эго часто проявляется в комплекте с регрессией инстинктов, а также как прелюдия или продолжение после-

дней. Делались ссылки, с одной стороны, на *физическую боль*, лихорадку, разного рода физический дискомфорт и отмечалось, что в отношении кормления, привычек, связанных со сном, приучения к туалету, игры и общей адаптации болеющий ребенок должен рассматриваться как регрессировавший и требующий соответствующего отношения. Это означает, что большинство функций, адекватных для его возраста, находятся во временном бездействии или редуцированы.

С другой стороны, с 1940 года возрос интерес к взаимосвязи физической боли в травмирующих ситуациях, боязни, в особенности печали, в результате разлучения с первым объектом переживаний (боязнь разлучения). Некоторые регрессии либидо и эго, возникающие на этом основании, наблюдались во время войны в детских садах, домах ребенка, госпиталях и т. д.[1]

Одной из характерных черт регрессии эго является наличие различных причин ее возникновения. В отличие от регрессии инстинктов, обратное движение по шкале эго не приводит к начальным пунктам, так как не существует точек фиксации. Клиническое наблюдение подтверждает, что при регрессии эго первыми пропадают достижения, достигнутые последними[2].

Регрессии эго как результат защитной деятельности. Другой вид снижения деятельности эго заслужил названия «регрессии», хотя обычно в эту категорию его не включают.

По мере того как эго ребенка развивается и совершенствует свои функции, увеличивающееся *осознание* внешнего и внутреннего мира приводит к тому, что он сталкивается с большим количеством неприятных и болезненных открытий. Доминирование *принципа реальности* не позволяет выдавать желаемое за действительное. Улучшение *памяти* ведет к сохранению не только приятных, но и пугающих, болезненных моментов. *Синтетическая функция* подготавливает почву для конфликта между внутренними агентами и т. д. Человеку трудно вынести происходящий из этого наплыв неудовольствия и тревоги, и дабы облегчить свою участь, он прибегает к механизмам защиты, которые, вступая в действие, защищают эго.

Так, *отрицание* вмешивается в процесс восприятия внешнего мира тем, что исключает все неприятное. *Вытеснение* делает

[1] См.: A. Freud and D. Burlingham (1949, 1950), J. Bowlby (1960), J. Robertson (1958), R. Spitz (1945, 1946) и др.

[2] См. наблюдения утраты речи или нарушения дефекации и ночной энурез и т. д. у маленьких детей, разлученных с матерью.

то же самое во внутреннем мире. *Реактивные образования* заменяют неприятное на противоположное. Все три названные механизма соотносятся с памятью, то есть с ее функциями, касающимися удовольствия и неудовольствия. *Проекция* противоположна синтетической функции в том, что она сглаживает тревожащие аспекты в воображении ребенка и переносит их в объективный мир.

Подводя итог, можно сказать следующее: в то время как силы созревания и адаптации стремятся к расширению возможности управления реальностью, эффективности функционирования эго, защита от неприятного действует в противоположном направлении, и ухудшает функции эго. В этой сфере также движение вперед и назад, прогресс и регресс чередуются и взаимодействуют друг с другом.

Регрессия инстинкта и эго, временная и постоянная

Согласно предшествующему изложению, инстинктивные регрессии, регрессии эго и суперэго являются нормальными процессами, которые происходят из недостатка гибкости. Они представляют собой полезные реакции на напряженность момента, всегда доступные ребенку в качестве ответов на ситуации, которые иначе могут оказаться непереносимыми. Таким образом, эти регрессии одновременно служат целям защиты и адаптации, в обоих случаях помогая поддерживать нормальное (не патологическое) состояние.

До сих пор не было подчеркнуто, что этот благотворный аспект регрессии относится только к тем примерам, где процесс временный и обратимый. Ухудшение функции, которое происходит в связи с усталостью, вызвано утомлением, автоматически исчезает после отдыха или сна. Если оно связано с фрустрацией, болью, дистрессом, то адекватные возрасту положение инстинктов или методы функционирования эго восстанавливаются сразу же, как только причина напряжения убрана, или, по крайней мере, вскоре после этого[1]. Но было бы неоправданным оптимизмом с нашей стороны ожидать такого благоприятного поворота событий в большинстве случаев. Довольно часто случается, особенно после травмирующего дистресса, страхов, болезней, и т. д., что регрессии, однажды приобретенные, становятся постоян-

[1] После болезни, госпитализации, отделения имеют место временные задержки различной длительности между возвращением к нормальным внешним условиям и повторным достижением адекватных для данного возраста уровней эго и инстинктов.

ными. В таком случае энергия инстинктов остается отклоненной от адекватных для данного возраста целей, и функции эго или суперэго остаются нарушенными, таким образом любое последующее прогрессивное развитие уже сильно повреждено. Там, где это происходит, регрессия перестает быть благотворным фактором нормального развития и становится патогенным агентом. К несчастью, в нашей клинической оценке регрессий как продолжительных процессов почти невозможно определить, произошел ли уже в конкретном детском случае опасный шаг от временной к постоянной регрессии, или все еще следует ожидать спонтанного восстановления достигнутых ранее уровней. Я не знаю критерия этого определения, даже несмотря на то, что от различения может зависеть вынесение решения о нормальном или аномальном развитии ребенка.

Регрессия и линии развития

Вернемся еще раз к концепции линий развития. Раз мы принимаем регрессию как нормальный процесс, мы также принимаем, что движение по этим линиям носит двухсторонний характер. В таком случае, что касается детей во время всего периода их роста необходимо рассматривать как закономерные явления потерю контроля после того, как он был установлен, возврат более ранних привычек питания и сна (например, при болезни), поиск утешения и защиты (особенно при страхе и дистрессе). Все это осуществляется с помощью возвращения к ранним формам, когда ребенок был защищен и обеспечен комфортом в симбиотических преэдиповых отношениях с матерью (особенно во время отхода ко сну). Не оказывая влияния на последующее развитие, это будет благотворным для развития, если только обратный путь не будет полностью заблокирован неодобрением со стороны окружения и внутренними вытеснениями и запретами.

Мы описали нарушение равновесия в личности ребенка, которое вызывается разным темпом развития на различных линиях, ведущих к зрелости. Сейчас мы к этому можем еще добавить те неравномерности, которые связаны с регрессиями разных элементов структуры и их комбинаций. На этой основе проще понять, почему так велико число отклонений от ровного роста и от средней картины гипотетически «нормального» ребенка. Учитывая взаимодействия между прогрессом и регрессом, дисгармонии, дисбалансы, сложности развития, *вариации нормы* становятся бесчисленными.

Глава четвертая
Оценка патологического развития

Часть I. Некоторые общие соображения

В рамках аналитической теории мы рассматриваем переход от вариаций нормы к появлению патологии как количественный шаг и как качественный.

Согласно нашим психоаналитическим представлениям, психическое равновесие человека основывается, с одной стороны, на отношении его внутренних инстанций друг к другу; с другой стороны, на отношении его личности в целом к внешнему миру, то есть на связях, которые подвержены постоянным колебаниям. Эти отношения меняются от того, как инстинктивная энергия спонтанно возрастает или падает, в зависимости от проживаемой индивидом фазы развития, как, например, в латентном периоде (ослабление), в подростковом возрасте (увеличение), в климаксе (увеличение). На эти отношения влияет любое ослабление сил эго или суперэго, что происходит при напряжении, чрезмерной усталости, при болезнях, регулярно в старшем возрасте. Изменения в возможностях получения удовлетворения, что случается при потере объекта и других, пришедших извне, депривациях и фрустрациях, также сказываются на описанных отношениях. Легкость, с которой баланс нарушается, привела к точке зрения, что «нельзя провести четкую линию между «невротиками» и «нормальными» людьми, ... что наша концепция «болезни» – чисто практическая и является вопросом количества, что предрасположенности и случайности жизни должны смешаться для того, чтобы этот количественный порог был перейден, и что вследствие этого индивиды постоянно переходят из класса здоровых людей в класс пациентов-невротиков, и гораздо меньшее количество совершает путешествие в обратном направлении» (S. Freud, 1909).

Это утверждение относится к людям всех возрастов, «и к детям, и к взрослым». Очевидно, что в детстве границу между душевным здоровьем и болезнью провести еще труднее, чем на более поздних стадиях. Картина роста ребенка в направлении зрелости, описанная в предыдущей главе, имеет несколько неотъемлемых частей: постоянное изменение пропорций сил ид и эго; адаптивные и защитные, благотворные и патогенные

процессы, переходящие друг в друга; переходы от одного уровня развития к следующему, несущие с собой вероятность возникновения задержек, фиксаций и регрессий; инстинкт и эго развиваются разными темпами и тем самым могут вызвать неравномерность в продвижении по отдельным линиям развития; временные регрессии могут становиться постоянными. Подводя итог, можно сказать, что существует множество факторов, которые подрывают, задерживают, искажают и отклоняют силы, на которых основывается психический рост.

На этой постоянно меняющейся внутренней сцене развития существующие диагностические категории мало помогают и скорее увеличивают, чем уменьшают, путаницу в клинической картине.

Современное состояние детского анализа свидетельствует о продвижении в различных направлениях. По мере изучения технических процедур он достиг более или менее независимого статуса, несмотря на многочисленные изначальные задержки и трудности. В области теории были сделаны открытия, признанные настоящим вкладом, а не просто подтверждениями основ психоаналитического знания. Но на сегодняшний день этот авантюрный и даже революционный дух детского анализа, распространившись на сферу техники и теории, остановился перед вопросом о классификации расстройств. Здесь детский аналитик держится консервативно, например, диагностические категории черпаются отовсюду, не только из области анализа взрослых, но, помимо этого, из психиатрии и криминологии. Вся детская психопатология была втиснута более или менее насильно в эти рамки.

Существует много причин, почему долгое время решение этого диагностического вопроса оказывалось неудовлетворительным в качестве основы для оценки, прогноза и отбора терапевтических средств.

Оценка: описательная или метапсихологическая

Как и области взрослого анализа, описательная природа многих настоящих диагностических категорий прямо противоположна сути психоаналитического мышления, так как она подчеркивает тождественность или разницу между проявляющейся симптоматологией, отвергая лежащие в основе факторы. Это правда, что таким образом была достигнута классификация рас-

стройств, которая кажется упорядоченной и полной, на первый взгляд. Но такая схема ничего не дает для дальнейшего продвижения, более глубокого понимания или для обеспечения дифференциального диагноза в метапсихологическом смысле. Напротив, когда бы аналитик ни принял диагностическое мышление на этом уровне, он будет неминуемо приведен в замешательство при оценке, а следовательно, и к ошибочному терапевтическому вмешательству.

Назовем несколько примеров из множества существующих. Такие термины как вспышка раздражения, прогулы, бродяжничество, страх разлуки, и т. д. включаются в одни и те же разделы разнообразных клинических картин, в которых поведение и симптоматика схожи, хотя, согласно лежащему в основе патогенезу, они принадлежат к совершенно разным аналитическим категориям и нуждаются в различном терапевтическом вмешательстве.

Вспышка раздражения может оказаться ничем иным, как прямым моторно-аффективным выходом хаотических инстинктивных производных у маленького ребенка. В этом случае есть большая вероятность исчезновения этой вспышки, которая была симптомом, без всякого лечения. Она исчезнет, как только речь и другие более приемлемые для эго каналы разрядки будут установлены. Второй вариант: вспышка раздражения может быть агрессивно-деструктивным приступом, в котором враждебные тенденции, направленные на объектный мир, были отклонены и направляются на тело ребенка и его непосредственное предметное окружение (тенденция биться головой, ударять ногой по мебели, стенам, и т. д.). В этом случае перенесенный аффект должен стать осознанным и вновь должны быть образованы связи с его исходной целью. Может быть и третий вариант. То, что мы воспринимаем как вспышку раздражения, при ближайшем рассмотрении оказывается приступом страха, как это бывает в более высоко организованных личностных структурах детей с фобиями всякий раз, когда в их защитные механизмы вмешивается давление окружающего мира. Лишенный этой защиты, ребенок с агорафобией, вынужденный идти на улицу, или ребенок с фобией животных, столкнувшись с объектом своих страхов, оказывается беспомощным перед огромным и непереносимым страхом и выражает свое состояние во вспышках, которые по описанию могут не отличаться от простых вспышек раздражения. Тем не менее, в отличие от вспышек раздражения, эти приступы страха исчезают или при восстановлении защиты, или при

аналитическом прослеживании их корней, интерпретации и распаде настоящего источника смещенного страха.

Подобным образом, многообразие несхожих состояний обозначается терминами *прогулы, бродяжничество или странствование.* Некоторые дети убегают из дома, потому что с ними плохо обращаются или потому что они не привязаны к своим семьям обычными эмоциональными связями. Дети убегают из школы или избегают ее, потому что они боятся учителя или одноклассников, потому что они плохо учатся, ждут критики, наказания, и т. д. Здесь, причина отклоняющегося поведения коренится во внешних условиях жизни ребенка, и при ее устранении жизнь ребенка улучшается. В противоположность этой простой ситуации есть другие дети, которые бродяжничают или прогуливают по внутренним, а не по внешним причинам. Они находятся под влиянием бессознательного побуждения, которое заставляет их искать воображаемую цель, обычно утраченный объект из прошлого. Хотя внешне они *убегают* от своего окружения, в более глубоком смысле они *бегут к* исполнению своих фантазии. В их случае не управление или улучшение внешних обстоятельств, а только нахождение по некоторым признакам бессознательного желания устранит этот симптом.

Даже использование более нового термина *страх разлуки* является скорее описательным, чем динамичным. В клинических диагнозах одни воспринимают его как обращенный и к состояниям дистресса у разлученных детей и к состояниям психики, приводящим к школьным фобиям (то есть неспособность выйти из дома) или тоске по дому (форма сетования) у старших детей. Здесь также использование одного названия для разных типов расстройств с похожими проявлениями ведет к запутанности в существенных метапсихологических различиях, которые их характеризуют. Отделение маленького ребенка от матери, по какой бы то ни было причине, в период их биологического единства является недопустимым вмешательством в основные врожденные потребности. Ребенок реагирует на это закономерным дистрессом, который может быть облегчен, если мать вернется, или при более длительном периоде, если будет установлена связь, заменяющая связь с матерью. За исключением поведения, здесь нет соответствия с состоянием тоски по дому или школьной фобией. В этих последних случаях дистресс, пережитый в связи с отделением от матери, родителей, дома, связан с чрезмерной амбивалентностью отношения к ним. Ребенок может терпеть

конфликт между любовью и ненавистью к родителям при многократном убеждении в их присутствии. В их отсутствие враждебная сторона амбивалентности приобретает пугающие пропорции. Тогда ребенок всячески держится за двойственно любимых родителей, чтобы спасти их от собственных желаний их смерти, агрессивных фантазий и т. д. В противоположность дистрессу разлуки, который прекращается при воссоединении ребенка с родителями, при амбивалентном конфликте воссоединение с родителями оказывается просто смягчением ситуации. Здесь только аналитическое проникновение в конфликт чувств излечит симптом.

Подводя итог, мы можем сказать, что мышление в описательных терминах может быть полезным в своей области, но оно оказывается недостаточным, когда берется в качестве точки отсчета для аналитического вмешательства.

Различия статической и динамической терминологии

Употребляемые сейчас диагностические термины возникли для обозначения психических или социальных нарушений у взрослых, а потому они неизбежно упускают из вида вопросы возраста и стадий развития. Кроме того, они практически не учитывают различий между симптомами, вызванными задержкой или недоразвитием определенных черт личности, и симптомами, вызванными расстройством или нарушением какой-либо функции. Однако для заключения детского аналитика это имеет очень большое значение. Такие формы поведения, как ложь, воровство, агрессивная и деструктивная установки, перверсия и т. д., невозможно однозначно оценить как нормальные или патологические, если не знать точного порядка их развития.

Ложь

Например, в каком возрасте и на какой стадии развития искажение правды начинают называть *ложью*, то есть когда это становится симптомом, несущим в себе признак отклонения от социальной нормы? Очевидно, что до наступления такого момента ребенок проходит несколько стадий развития, на которых никто не требует от него правдивости. Ребенок естественно избегает неприятных впечатлений и стремится к приятным, преуменьшает неприятные, игнорирует их или же *отрицает,* если они присутствуют постоянно. Эта установка, которая представляет собою примитивный защитный механизм от неприятных переживаний, отчасти похожа

на то, как старшие дети и взрослые искажают объективные факты. Но как соотносятся эти формы поведения и стоит ли рассматривать первую из них как предвестника второй — это решает диагност. Принятие желаемого за действительное и доминирование принципа удовольствия — коротко говоря, первичный процесс функционирования психики — вот силы, которые борются в маленьком ребенке против правды во взрослом понимании этого слова. Детскому аналитику приходится решать, с какого момента применять в своих диагнозах термин ложь. Его заключение должно основываться на четких представлениях о временных рамках таких шагов в развитии ребенка, как, скажем, переход от первичного к вторичному процессу, способность отличать внешний мир от внутреннего, проверка реальности и т. д.

Для развития таких эго-функций одним детям требуется больше времени, чем обычно, и потому они продолжают врать «со всей невинностью». Другие развиваются нормально, но возвращаются на более ранние ступени, когда сталкиваются в жизни с чрезмерной фрустрацией и разочарованиями. Это так называемые выдумщики (истерическая фантазия), которые справляются с невыносимой реальностью, регрессируя к детской форме мышления — принятие желаемого за действительное. И, наконец, есть дети, эго которых развито хорошо, но зато у них есть другие причины избегать правды или искажать ее. Мотивами к тому могут быть обретение материальных благ, страх авторитета, избегание порицания или наказания, желание похвалы и т. д. Термин «ложь» детские аналитики обычно оставляют именно для таких обстоятельств, так называемая делинквентная ложь.

Этиология многих случаев, рассматриваемых в детской клинике, включает в себя сочетание всех трех форм, то есть невинная ложь, ложь-фантазия и делинквентная ложь, причем более ранние по стадиям развития формы являются предусловием для более поздних. То, что такая путаница обычна и встречается довольно часто, не освобождает детского аналитика от обязанности распутать ее и определить вклад каждого фактора в конечный симптоматический результат.

Воровство

Примерно такими же соображениями мы должны руководствоваться при употреблении термина *воровство*. Он законно появляется в диагнозе только после того, как ребенок понял смысл концепции частной собственности. Здесь тоже необходимо про-

следить последовательность шагов развития, чему до сих пор уделялось мало внимания со стороны аналитиков.

Обычно установку, когда младенец хватает все, что хочет, объясняют ненасытной «оральной жадностью», которая в раннем возрасте не ограничена никакими барьерами эго. Если же описывать подробнее, то у нее два корня — один в ид, другой в эго. С одной стороны, это не что иное, как действие в русле известного принципа удовольствия, который подталкивает еще незрелое эго присваивать все приятное и отвергать неприятное как чуждое. С другой стороны, эта реакция обусловлена неразличением себя и объекта, что вполне соответствует возрасту ребенка. Хорошо известно, что на этой ранней стадии ребенок может обращаться с частями тела матери так, как если бы они были его собственными. Такие действия зачастую принимают за свидетельство ранней и спонтанной щедрости младенца. Однако на самом деле это не более чем следствие еще не сформировавшихся границ эго. Именно недифференцированное слияние с миром объектов делает ребенка угрозой частной собственности других людей.

Представления «мое» и «не мое», без которых невозможно формирование взрослой «честности», развиваются очень постепенно, параллельно с продвижением ребенка к индивидуальному статусу. Сначала они относятся, по всей видимости, к телу ребенка, потом к родителям, затем к переходным объектам, ко всему, на что направляется катексис — и нарциссический, и катексис объектной любви. Стоит отметить, что как только у ребенка появляется концепция «моего», он начинает яростно и ревностно отстаивать свою собственность от любых посягательств. «У меня взяли» или «у меня украли» ребенок понимает гораздо раньше, чем противоположные понятия, то есть тот факт, что надо уважать чужую собственность. Прежде чем это представление будет иметь для него смысл, ребенок должен расширить круг своих отношений и научиться эмпатически принимать привязанность людей к их собственности. Независимо от темпа развития, собственно концепции «моего» и «твоего» почти не влияют на поведение ребенка, поскольку вступают в конфликт с очень сильным желанием присвоения. Оральная жадность, анальный собственнический инстинкт, стремление собирать и припрятывать, непреодолимая потребность в фаллических символах — все это превращает маленьких детей в потенциальных воришек до тех пор, пока давление образования, требования суперэго и, вме-

сте с этим, постепенное смещение сил в балансе ид — эго не начинают работать в противоположном направлении, то есть развитии честности.

Принимая в расчет все вышесказанное, диагносту необходимо прояснить целый ряд пунктов, прежде чем отнести случай кражи к той или иной категории. Он должен выяснить, что именно стало причиной совершения кражи — отсутствие или задержка в развитии индивидуального статуса, объектных отношений, эмпатии или формировании суперэго (кражи, совершаемые детьми с отставаниями или умственной неполноценностью); если же развитие осуществляется нормально, то не имеет ли место временная регрессия к одной из фаз развития (воровство как преходящий, связанный с определенной стадией симптом), или же ребенок полностью регрессировал по тому или иному аспекту, причем воровство в этом случае является конечным компромиссным образованием (невротический симптом), или же, наконец, причина лежит исключительно в недостаточном контроле эго над чрезмерным и нерегрессивным желанием к обладанию, то есть в неправильной социальной адаптации (делинквентный симптом).

Как и ложь, многие реальные клинические случаи имеют смешанную этиологию, то есть вызваны сочетанием задержки, регрессии и слабого контроля эго. Тот факт, что все малолетние преступники начинали с кражи из маминого кошелька, показывает, насколько всякая кража коренится в изначальном единстве моего и твоего, «Я» и объекта.

Критерии для оценки серьезности болезни

Детский аналитик оказывается в затруднительном положении и тогда, когда ему нужно определить серьезность детского расстройства по критериям, обычно применяемым ко взрослым, а именно — общее описание симптома, оценка вызываемых им страданий и конечное нарушение важных функций. Ни один из них без кардинального изменения не подходит для детей.

Прежде всего, *формирование симптома* в детстве не так важно, как во взрослой жизни, где типичные «симптомы... дают нам направление, когда мы ставим диагноз» (Freud, 1916—1917). Большинство детских задержек, симптомов и тревог детей вызваны не патологическими процессами, а напряжением и стрессами, как будет показано позже внутренне присущими самому

развитию. Задержки и симптомы чаще всего возникают, когда та или иная стадия роста предъявляет личности ребенка слишком высокие требования. Если в это время родители правильно обращаются с ребенком, то симптомы исчезают, как только ребенок приспосабливается к данному уровню развития или проходит его пик. Конечно, появление трудностей указывает на слабые места ребенка. Зачастую так называемое спонтанное излечение приводит просто к более серьезным нарушениям на следующем этапе развития. Обычно затруднения не проходят бесследно и ослабляют ту или иную область, которая и будет иметь важное значение для формирования симптома в зрелом возрасте. Однако нередко даже полностью сформировавшиеся симптомы — такие, как фобическое избегание, навязчивые предосторожности, трудности со сном и кормлением — бесследно исчезают после обращения с жалобой и в процессе исследования случая. Это происходит просто потому, что вызвавшие их тревоги перестают иметь значение по сравнению с угрозой, которую несет клиническое исследование. По той же причине может мгновенно изменяться картина симптомов до и во время лечения. Это означает, что симптоматическое улучшение во время лечения у детей значит еще меньше, чем в лечении взрослых.

В целом, картина симптомов у детей слишком неустойчива, чтобы полагаться на нее при постановке диагноза.

У взрослого момент обращения за помощью и решение пройти лечение определяются интенсивностью *страданий*, причиняемых расстройством. У детей, однако, сам по себе фактор психического страдания не является достаточным показателем наличия или отсутствия патологического процесса или его серьезности. Нам уже давно известен тот факт, что дети страдают от симптомов меньше, чем взрослые, пожалуй, за одним исключением — приступы тревоги они ощущают очень остро. Многие другие патологические проявления — например, фобические и навязчивые — скорее успешно помогают избежать боли и неприятности, а не вызывают их. На ограничения и нарушения обычной жизни жалуется семья, а не сам пациент, как в случае со взрослыми. Прихоти в еде, невротический отказ от пищи, нарушения сна, чрезмерная зависимость, приступы раздражения расстраивают мать, а ребенок воспринимает их как адекватные эго до тех пор, пока сможет свободно проявлять их. Когда же родители вмешиваются, то ребенок считает причиной страдания именно ограничения, а не симптом. Часто больной ребенок не

обращает внимания даже на энурез и энкопрез и отрицает их неприятность и унизительность. На невротические задержки ребенок обычно отвечает полным отсутствием интереса к данной сфере, то есть ограничением эго и, как следствие, полным безразличием к потере удовольствия. Дети с самыми серьезными расстройствами, такими, как слабоумие, моральная неполноценность, задержка психического развития, аутизм и детский психоз, совершенно не сознают своей болезни, притом что родители таких детей, конечно, очень страдают.

Есть еще одна причина, по которой сам факт страдания не является надежным показателем психического заболевания. Дети меньше взрослых страдают от психопатологии, но больше, чем взрослые, страдают от других стрессов, которым они подвержены. Сейчас хорошо известно, в противоположность бытовавшему раньше мнению, что душевное страдание является неизбежным спутником детской зависимости и нормального процесса развития как такового. Маленькие дети остро переживают любую задержку, ограничение или фрустрацию в удовлетворении их телесных потребностей и стремлений; они страдают от разлуки с первыми объектами любви, по какой бы причине это ни происходило; остро переживают реальные или воображаемые сиюминутные разочарования. Сильные страдания доставляют им ревность и соперничество, которые неотделимы от переживаний эдипова комплекса, от тревог, неизбежно возникающих в связи с комплексом кастрации, и т. д. Даже самый нормальный ребенок почти каждый день своей жизни, надолго или только на минуту, чувствует себя глубоко несчастным. Это нормальная реакция на адекватное развитие эмоций ребенка и чувственной оценки внешних впечатлений и событий. В отличие от взрослых, именно согласные и послушные дети вызывают подозрение в отношении развития анормальных процессов. Клинический опыт показывает, что чрезмерно «хорошие» дети, то есть те, которые без протеста принимают даже самые неблагоприятные внешние условия, могут поступать так потому, что имеют какое-то органическое нарушение, ущербны в развитии эго или же чрезмерно пассивны по отношению к своим влечениям. Дети, которые слишком рано отделяются от родителей, могут поступать так потому, что у них не сложились нормальные отношения по внутренним или внешним причинам. То, что ребенок не чувствует огорчения или тревоги, когда ему грозит потеря любви, не является признаком здоровья и силы. Напротив, часто это первый

признак аутичного ухода от мира объектов. Позднее появляются чувство вины и внутренние конфликты, а следовательно, и страдания. Их появление нормально. Они являются неотъемлемыми признаками нормального прогрессивного роста. Если их нет, то мы подозреваем серьезные задержки в процессах идентификации, интериоризации и интроекции, то есть в структурировании личности. И нас совершенно не утешает, что такие дефекты связаны с уменьшением внутреннего стресса.

Очевидно, нам придется привыкнуть к парадоксальной ситуации, что у детей соотношение патологии и страдания, нормы и равновесия прямо противоположно соотношению у взрослых.

Я сейчас только повторю то, на чем заостряла внимание ранее (1945). Я предостерегала аналитиков от того, чтобы основывать любую оценку ребенка на степени *ухудшения функционирования,* несмотря на то, что это один из наиболее надежных критериев при оценке патологии взрослых. У детей нет стабильного уровня функционирования ни в одной из областей. То есть нам не от чего отталкиваться в своих оценках. Как было описано выше в связи с проявлениями регрессии, уровень производительности у детей непрерывно меняется. В зависимости от изменений в развитии и в степени внутреннего и внешнего воздействия, ребенок обретает, теряет и снова завоевывает оптимальную для себя позицию. Такое чередование прогрессии и регрессии нормально, и последствия его временны, хотя иногда потери достижений и эффективности кажутся катастрофическими. В целом можно смело настаивать на том, что ребенок имеет право иногда действовать ниже своих потенций. При этом его не стоит автоматически заносить в категорию «отсталого», «регрессировавшего» и «заторможенного».

Детским диагностам довольно легко принять это требование, поскольку выделение одной значимой области в деятельности ребенка остается спорным вопросом. В этом качестве поочередно предлагались игра, свободная деятельность фантазии, школьные обязанности, устойчивость объектных отношений и социальная адаптация. Тем не менее, ни одну из них нельзя считать равноценной двум главным жизненным функциям взрослого человека — способности вести нормальную любовную и сексуальную жизнь и способности работать. Но, как предлагалось ранее (1945), у детей есть только один фактор, нарушение которого можно считать достаточно важным в этом аспекте, —

способность ребенка прогрессивно развиваться, пока он не достигнет зрелости, всестороннего развития личности и адаптации к обществу. Если умственные расстройства не затрагивают эти жизненно важные процессы, то их можно считать просто неизбежностью. К ним надо относится очень серьезно, если они влияют на развитие, то есть замедляют его, обращают вспять или тормозят.

Оценка на основе развития и его составляющих

В свете вышесказанного очевидно, что детские аналитики должны избавляться от ригидных, статических, описательных и других неподходящих для их области диагностических категорий. Только после этого они смогут по-новому взглянуть на клиническую картину и оценить ее с точки зрения значимости для процесса развития. Для этого нужно перевести внимание с картины симптомов на позицию пациента на шкале развития, учитывая инстинкты, эго и суперэго, структуру личности (устойчивые границы между ид, эго и суперэго), и типы функционирования (продвижение от первичного к вторичному процессу мышления, от принципа удовольствия к принципу реальности), и т. д. Нужно также спросить себя, достиг ли обследуемый ребенок адекватного для своего возраста уровня, в каких аспектах обогнал его, а в каких отстал; как проходят процессы взросления и развития и насколько им повредило расстройство; случались ли регрессии и задержки, и если да, то до какой степени и на какой фазе.

Чтобы найти ответы на эти вопросы, нужна схема средних норм развития для всех аспектов личности, вроде той, что была приблизительно очерчена в предыдущей главе. Чем полнее схема, тем точнее можно поставить диагноз конкретному пациенту с учетом равномерности скорости развития, гармонии или дисгармонии линий развития и временного или постоянного характера регрессий.

Неравномерное развитие эго и стремлений

Когда различные области развиваются с разной скоростью, мы ожидаем патологических последствий. Первая ситуация знакома нам по этиологии невроза навязчивости, где ускорено развитие эго и суперэго и замедлено, или же сравнительно замедлено, развитие инстинктов. Несоразмерность относительно высоких моральных и этических требований суперэго и относи-

тельно грубых фантазий и инстинктов приводит к внутреннему конфликту, который, в свою очередь, запускает в движение навязчивую защитную деятельность[1].

Противоположная ситуация, то есть замедленное развитие эго и суперэго в сочетании с нормальным или ускоренным развитием инстинктов, встречается в настоящее время среди больных по крайней мере столь же часто, как и первая. Она вносит свой вклад во многие нетипичные клинические картины, пограничные проявления и т. д. Где эго и суперэго недостаточно развиты по сравнению с уровнем активности инстинктов, там ни соответствующие эмоциональные объектные отношения, ни довольно сильные социальные и моральные обязательства не могут ограничить и контролировать прегенитальные и агрессивные компоненты инстинктов. Когда в сексуальном развитии эти дети достигают анально-садистского уровня, их эго недостаточно развито, чтобы конвертировать и нейтрализовать прегенитальные тенденции этой фазы, то есть преобразовать их в соответствующие реактивные образования и сублимации и сделать ценным вкладом в формирование характера. Когда эти дети достигают фаллического уровня, им не хватает обычно развивающихся в то же время эго детерминированных объектных отношений, которые организуют разрозненные фаллические тенденции в целостную картину эдипова комплекса. В подростковом возрасте эти дети достигают физической зрелости раньше, чем эго готово к нормальным генитальным отношениям, которые придают психический смысл сексуальному акту, и т. д.

Коротко говоря, если ускоренное развитие эго ведет к возрастанию конфликтов, возникновению невротических симптомов и формированию навязчивого характера, то ускоренное развитие инстинктов порождает недостаток контроля в вопросах секса и агрессии, недостаточную интеграцию личности и импульсивный характер (Michaels, 1955).

Дисгармония линий развития

Как указывалось выше, мы не ждем от детей равномерности развития и готовы принять то, что достижения в какой-то жизнен-

[1] См.: З. Фрейд (Freud, 1913) «...Я полагаю , что хронологическое отставание развития либидо от развития эго следует включить в условия возникновения неврозов навязчивости». Другую причину образования навязчивого симптома, то есть одностороннюю регрессию влечений, мы обсудим ниже.

ной области больше, чем в другой. Дисгармония линий развития становится патогенетическим фактором только в том случае, если личность чрезмерно разбалансирована.

В этом случае детей направляют на диагностическое обследование, притом обычно за ними тянется целый шлейф жалоб из дома и школы. Это «проблемные» дети. Внутренне они так же беспокойны, как и с точки зрения окружающих. Они не принимают правил общества и потому не вписываются в социальную жизнь.

Клиническое обследование подтверждает, что им не подходят и обычные диагностические ярлыки (категории). Одним из возможных путей к пониманию их анормальности является соизмерение уровней разных линий развития.

Если мы пойдем этим путем, то обнаружим, что уровни их достижений совершенно непропорциональны между собой. Наиболее показательным примером могут служить дети с исключительно высоким показателем умственного и вербального развития в паре с не только, как правило, исключительно низким уровнем производительности (что вызывает подозрения на органическое повреждение), но и отставанием по линии эмоциональной зрелости, способности заводить друзей и в овладении своим телом. Вытекающие отсюда нарушения поведения весьма тревожны, особенно в таких областях, как действия из сексуальных и агрессивных побуждений, избыточные фантазии, тонкие рационализации делинквентных установок и недостаток контроля над анальными и уретральными тенденциями. Обычно такие случаи классифицируются как «пограничные» или «предпсихотические».

Еще одна нередкая ситуация — это неспособность ребенка достичь конечной стадии на линии игра — работа, причем эмоциональное и социальное развитие, контроль над телом и т. д. совершенно нормальны, и в этом отношении ребенок действует адекватно своему возрасту. Таких детей направляют в клинику как неспособных к обучению, что противоречит их высокому интеллекту. При обычном диагностическом исследовании сложно обнаружить те конкретные ступени в развитии взаимоотношений ид — эго, в достижении которых они потерпели неудачу, если не рассматривать эти ступени с точки зрения предпосылок надлежащего отношения к работе, таких, как контроль и модификация прегенитальных инстинктивных компонентов, функционирование в соответствии с принципом реальности, получение удовольствия от конечного результата деятельности. Иногда

отсутствуют все эти ступени, иногда только некоторые из них. Описывая таких детей, обычно отмечают «недостаток сосредоточенности», «неустойчивость внимания», «заторможенность».

Постоянная регрессия и ее последствия

Как обсуждалось выше (глава 3), регрессия перестает быть положительным фактором развития, когда она становится постоянной, а не спонтанно обратимой. В этом случае различные компоненты структуры (ид, эго и суперэго) должны прийти к новому соглашению, учитывая вред, нанесенный регрессией. Именно это последствие регрессии наиболее пагубно для личности. Его стоит рассматривать как патогенный фактор.

Постоянная регрессия, в отличие от временной, может начаться в любой из областей личности.

Одна из возможных ситуаций состоит в том, что регрессивные движения *начинаются в эго и суперэго* и сводят их на более низкий уровень функционирования, а отсюда уже нарушения распространяются на область ид. У регрессировавших эго и суперэго ослабевает сила контроля, и это проявляется в ослаблении «цензуры», то есть разграничительной линии между эго и ид, и общей эффективности защит эго. Результат — импульсивное поведение, прорыв аффективных и агрессивных тенденций, частые нарушения контроля над ид и поток иррациональных элементов в сознании ребенка и в прежде рациональном поведении. Родители очень тревожатся при таком развитии событий, ибо характер ребенка изменяется до неузнаваемости без всякой видимой причины. При клиническом исследовании произошедшие ухудшения можно проследить до некоего чрезмерного напряжения, которому подверглись эго и суперэго в результате таких событий, как, например, травматический шок, внутренние или внешние события, вызвавшие тревогу, отделение, серьезное разочарование в объекте детской любви или объекте идентификации и т. д. (Jacobson, 1946).

Другая возможная ситуация состоит в том, что регрессия *начинается в сфере производных ид*, а затем ее патогенное влияние распространяется в противоположном направлении. В этом случае повреждения затрагивают эго и суперэго одним из двух способов, в зависимости от того, *оправдывают* они действия инстинктов или же *возражают* против них.

По клиническим данным, *при первом способе* эго и суперэго сдаются перед регрессивным напором инстинктов и событий

и тоже регрессируют, то есть снижают уровень стандартов и требований. Тем самым избегается внутренний конфликт между ид и эго, и инстинкты остаются *приемлемыми эго.* Но повреждения затрагивают всю личность. Снижается общий уровень зрелости, что приводит ко многим непонятным формам нетипичного, делинквентного и пограничного поведения детей. Если разбирать подробно, то конечное расстройство зависит от интенсивности регрессивных движений с обеих сторон, от того, какие именно инстинктивные компоненты и функции эго и суперэго повреждены, и, наконец, от новых взаимодействий эго и ид на том уровне, где остановилась регрессия.

Из-за сравнительной слабости и незрелости детского эго такое двустороннее распространение регрессии более характерно для детей, чем для взрослых, хотя встречается и у последних.

Второй способ характерен для тех детей, у которых с детства эго и суперэго организовано лучше, и потому они способны выстоять перед лицом регрессивных действий инстинктов. Функционирование их эго и суперэго по многим аспектам достигло того, что мы вслед за Гартманном (Hartmann, 1950b) называем вторичной автономией эго, то есть определенной степени независимости от происходящего в ид. Такие дети не соглашаются с грубыми сексуальными и агрессивными фантазиями и импульсами, попадающими в сознание после того, как энергия инстинктов регрессировала до точек фиксации, а ужасаются им, с тревогой отвергают эти импульсы и, под воздействием тревоги, обращаются прежде всего к различным защитным механизмам. Если защиты подводят, то дети прибегают к компромиссным и симптоматическим образованиям. Коротко говоря, они идут по линии развития внутренних конфликтов, откуда путь лежит к знакомым картинам различных детских неврозов. К этой категории относятся истерические тревоги, фобии, навязчивости, ночные кошмары, ритуалы, церемонии укладывания, задержки и неврозы характера.

Различия между адекватной эго и неприемлемой эго регрессиями инстинктов лучше всего иллюстрирует регрессия с фаллической на анально-садистскую фазу. Она случается обычно у мальчиков на пике страха кастрации, возникающего в связи с какими-либо событиями во время эдипова комплекса.

Дети, у которых за регрессией инстинктов сразу следует регрессия эго и суперэго, становятся в это время неприличнее, агрессивнее, жаднее или более пассивно-феминнными. Мо-

жет наблюдаться различное сочетание этих атрибутов сексуальности анальной фазы. Характерно то, что эти дети не возражают против возврата к данным установкам, хотя успешно прошли их ранее.

У детей, чье эго достаточно сильно, чтобы сопротивляться регрессии, и которые отвечают типичными чувствами тревоги, вины и действием защиты, развиваются не одинаковые невротические симптомы или черты характера, а разные. Это зависит от того, против какого именно инстинктивного элемента они возражают сильнее. Если эго и суперэго одинаково интенсивно отвергают грязные, садистские и пассивные наклонности, то защита распространяется на все поле. Картина симптомов будет весьма обширной. Если же выделяется одна-две наклонности, то симптомы будут ограничены или чрезмерной чистоплотностью, страхом поллюции и навязчивым умыванием, или задержкой активности и соревновательности, страхами превратиться в женщину, компенсаторными вспышками агрессивной маскулинности и т. д. В любом случае, результат очевидно *невротичен*, будь то в форме отдельных навязчивых симптомов или же зачатков формирования навязчивого характера.

Верно и то, что в этих случаях эго в конце концов тоже подвергается регрессии и становится более инфантильным. Но это вторичное явление, своим возникновением обязанное примитивным защитным механизмам, таким, как отрицание, магическое мышление, изоляция, уничтожение сделанного. Эти механизмы вступают в действие наряду с более адекватными возрасту вытеснениями и формированием реакций. Что касается уровня и суровости эго идеала и требований суперэго, то здесь регрессивных движений нет. Напротив, ради соответствия им эго претерпевает самые болезненные изменения.

Оценка по типам тревоги и конфликта

В ходе нормального роста каждый ребенок предпринимает шаги, ведущие от исходной стадии относительной неразделенности ид, эго и суперэго к конечной завершенной структуре личности. За разделением ид и эго, у которых разные типы функционирования, цели и интересы, следует деление самого эго, после чего суперэго, эго-идеал и идеал-Я берут на себя роль направлять и критиковать мысли и действия эго. Нормальный рост и позицию ребенка на этой жизненно важной линии развития диагност

может распознать по двум внешним проявлениям — тип конфликтов ребенка и преобладающий тип тревоги.

Что касается конфликтов, то здесь есть три основные ситуации. Первая — цели ребенка и окружения прямо противоположны. Это происходит тогда, когда под влиянием принципа удовольствия эго встает на сторону ид для удовлетворения потребности, влечения или желания, оставляя функцию контроля над стремлениями ид внешнему миру. Это законное состояние раннего детства, когда ид и эго еще не полностью размежевались. Однако оно считается «инфантильным», если сохраняется в более позднем возрасте, или если ребенок регрессирует до этого уровня. Тревоги, связанные с этой стадией и диагностически характерные для нее, вызываются внешним миром. Они принимают разные формы на разных ступенях хронологической последовательности, которая выглядит так: страх исчезновения, связанный с утратой ухаживающего объекта (то есть тревога отделения в период биологического единства с матерью); страх потери объекта любви (после того, как установилось постоянство объекта); страх критики и наказания со стороны объекта (во время анально-садистской фазы, когда этот страх усиливается проекцией собственной агрессивности ребенка); страх кастрации (в фаллически-эдиповый период).

Второй тип конфликтов возникает после идентификации с внешними силами и интериоризации их авторитетности в суперэго. Причины столкновений могут оставаться теми же, то есть удовлетворение влечений и стремлений, но сами столкновения происходят теперь между эго и суперэго. На уровне тревоги это проявляется как страх перед суперэго, то есть чувство вины. Для диагноста появление чувства вины является безошибочным знаком того, что произошел важнейший шаг структурализации — сформировалось действующее суперэго.

Для третьего типа конфликтов характерно, что на них никак не влияют внешние условия — ни прямо, как в первом типе, ни косвенно, как во втором. Столкновения этого рода порождены исключительно отношениями ид и эго, а также глубинными различиями в их организации. Противоположные стремления и аффекты, такие, как любовь и ненависть, активная и пассивная, маскулинная и феминнная тенденции, мирно сосуществуют в ид, пока эго слабое. Но они становятся несовместимыми и превращаются в источник конфликтов, как только начинает действовать синтетическая функция зрелого эго. С другой стороны, лю-

бое увеличение интенсивности влечений кажется для незрелого эго угрозой его организации и потому превращается в источник конфликта. Эти исключительно внутренние конфликты возбуждают у ребенка сильную тревогу. Но, в отличие от страха и вины, эта тревога остается в глубине. С уверенностью говорить о ее существовании можно только во время анализа, но не на стадии диагностики.

Классификация конфликтов на внешние, интериоризованные и исключительно внутренние помогает сопоставить серьезность тех детских расстройств, основой которых служит конфликт. Для терапии такая классификация может объяснить, почему в некоторых случаях улучшение наступает после изменений в окружении (они основаны на внешних конфликтах); в других улучшение наступает только после врачебного вмешательства, но им достаточно анализа средней продолжительности (интериоризованные конфликты); и почему некоторым детям нужно чрезвычайно продолжительное и интенсивное аналитическое лечение, а также почему они представляют для аналитика такую трудность (подлинно внутренние конфликты) (см. Freud, 1937).

Оценка по общим характеристикам

От детского аналитика, оценивающего серьезность расстройства у ребенка, неизбежно ожидают также прогнозов относительно психического здоровья или же болезни в будущем. Основание для предсказаний можно обнаружить не только в деталях существующего расстройства, но и в общих характеристиках личности, которые играют важную роль в поддержании внутреннего баланса. Эти характеристики составляют часть конституции данного индивида, то есть они либо врожденные, либо приобретены под влиянием самых первых впечатлений. Поскольку именно эго служит посредником и в самом человеке, и между человеком и окружением, то эти черты представляют собой в основном характеристики эго. Факторы устойчивости таковы: высокая толерантность к фрустрации; хороший потенциал к сублимации; эффективные способы обходиться с тревогой и сильное желание вырасти.

Толерантность к фрустрации и потенции к сублимации

Опыт показывает, что для ребенка возможность быть психически здоровым тесно связана с его реакцией на неудовольствие, которое высвобождается всякий раз, когда инстинкты остаются

неудовлетворенными. В этом отношении все дети очень разные, причем, по всей видимости, с самого рождения. Некоторые не выносят ни малейшего промедления или ограничения в удовлетворении желаний и протестуют, выражая гнев, нетерпение или ощущая, как они несчастны. Они настаивают, чтобы желание было исполнено именно таким, какое оно есть, и отвергают все замещения и компромиссы. Обычно впервые это проявляется в процессе кормления, но позднее распространяется на все стадии как привычный ответ на препятствия к осуществлению желаний. Другие дети переносят тот же уровень фрустрации, сохраняя, более или менее, равновесие, или систематически снижают уровень напряжения, довольствуясь какими-либо замещениями. Такая реакция тоже переносится на последующие стадии.

Очевидно, что дети первой группы находятся в большей опасности. Неснижаемый уровень напряжения и тревоги, с которым вынуждено справляться их эго, они удерживают примитивными защитами, такими, как отрицание и проекция, или же дают ему выход в виде хаотических эмоциональных всплесков. От таких способов защиты до патологии, то есть до образования невротических, делинквентных или перверсивных синдромов, путь очень короток.

При таких же обстоятельствах дети второго типа либо сохраняют душевное равновесие, либо освобождаются при помощи здорового замещения и нейтрализации энергии инстинктов, которую они направляют на достижимые и приемлемые цели. Несомненно, способность к сублимации служит надежным стражем их психического здоровья.

Овладение тревогой

Дети переживают в основном одни и те же тревоги, поскольку, как уже отмечалось, тревога является неизбежным спутником всех стадий развития: биологического единства с матерью (тревога отделения); объектных отношений (страх потери любви); эдипова комплекса (страх кастрации); образования суперэго (вина). Предсказать здоровое или же болезненное развитие ребенка позволяет не наличие или отсутствие тревог, не их качество, и даже не их количество, а только способность эго обходиться с ними. В этом отношении все дети очень разные и, соответственно, у них разные шансы сохранить душевное равновесие.

При прочих равных обстоятельствах дети, которые с трудом переносят даже средний уровень тревоги, будут с большей

вероятностью подвержены невротическим расстройствам в будущем. Им приходится отрицать или подавлять все внешние и внутренние опасности, которые представляют потенциальный источник тревоги; проецировать внутренние угрозы на внешний мир, из-за чего тот становится еще более угрожающим; фобически отступать в опасных ситуациях, чтобы избежать приступов тревоги. Коротко говоря, они создают для своей дальнейшей жизни такой паттерн, в котором нужно любой ценой освободиться от проявленной тревоги, что происходит за счет постоянного обращения к защитным установкам, а это благоприятствует возникновению патологии.

Для других детей прогноз психического здоровья более благоприятен. Это дети, которые активно справляются с опасными ситуациями, прибегая к резервам эго, — таким, как интеллектуальное понимание, логическое рассуждение, изменение внешних обстоятельств, агрессивный ответ. То есть это дети, которые овладевают опасными ситуациями, а не отступают от них. Поскольку они справляются с более высоким уровнем тревоги с помощью эго, то, соответственно, могут обойтись без чрезмерной активизации защит, компромиссных образований и симптомов[1].

Соотношение регрессивных и прогрессивных тенденций

Регрессивные и прогрессивные силы, будучи неотъемлемыми элементами развития, существуют у всех детей, но соотношение их сил у всех разное. Есть дети, для которых с раннего детства каждый новый опыт — это обещание удовольствия, будь то вкус или консистенция пищи, переход от зависимости к независимости в передвижении, уход от матери к новым приключениям, игрушкам и друзьям, переход от дома к детскому саду, школе и т. д. В их жизни доминирует желание «быть большим», «делать то, что делают взрослые». Нормальное частичное исполнение этого желания компенсирует для них обычные трудности, фрустрации и разочарования, которые встречаются на пути. Дети противоположного типа переживают рост на любом уровне прежде всего как лишение прежних

[1] Активное овладение тревогой не надо путать с хорошо известными контрфобическими тенденциями детей. В первом случае эго имеет дело напрямую с самой опасностью, а во втором оно уже вторично защищается от созданных фобических установок. Активное овладение тревогой лучше всего описал О. Исаковер. Он приводит слова одного испуганного ребенка, который с завистью говорит: «Даже солдаты боятся. Но им везет, они не боятся того, что боятся».

форм удовлетворения. Они сами не бросают грудь, когда приходит время, а как бы прилипают к груди или бутылочке. Отнятие от груди становится травмирующим событием. Они боятся того, что вырастут, покинут дом, встретят незнакомых людей, позднее боятся принимать на себя ответственность и т. д.

Клиническое различие этих двух типов нагляднее всего проявляется при наблюдении за реакциями детей на такие серьезные события жизни, как соматическое заболевание, рождение младшего ребенка и т. д. Где прогрессивные тенденции перевешивают регрессивные, там за время длительной болезни эго ребенка созревает, а при появлении в семье младшего сиблинга он обретает статус и привилегии «большого», «старшего». Где регрессия сильнее прогресса, соматическая болезнь делает ребенка более инфантильным, а рождение младшего сиблинга становится причиной отказа от своих достижений и заставляет желать статуса младшего.

Преобладание прогрессивной или регрессивной тенденции как общей характеристики личности влияет на сохранение психического здоровья, а потому важно для прогнозов. Развиваться, взрослеть и адаптироваться детям первого типа помогают приятные обретения, встречаемые на пути. У детей второго типа чаще случаются задержки при переходе с одного уровня развития на другой, чаще возникают точки фиксации. Они часто выходят из равновесия и склонны к формированию симптомов.

Метапсихологический профиль ребенка

Поиск фактов в процессе постановки диагноза порождает массу информации, состоящей из сведений различной ценности. Они относятся к разным областям и слоям личности ребенка: органические и психические, врожденные и приобретенные элементы, его окружение; травматические и благоприятствующие события; развитие, поведение и достижения прошлого и настоящего; удачи и неудачи; защиты и симптомы и т. д. Хотя все установленные факты заслуживают тщательного изучения, в том числе последующего подтверждения или корректировки в ходе лечения, для аналитика принципиально важно рассматривать не отдельно взятые факты, а в их единстве. Скажем, патогенное влияние наследственных факторов сильно зависит от случайных воздействий. Органические дефекты, такие, как физические недостатки, слепота и т. д., дают самые разные психологические последствия. Это зависит от окружения и умственного развития ребенка. Тревогу, как уже было описано, невозможно оценить на основе качества и

даже количества, поскольку ее патогенное воздействие зависит от способов справляться с нею (Murphy, 1964) и защитных ресурсов эго. Характер и иррациональные действия ребенка следует рассматривать на фоне предложенного семьей паттерна поведения. Надо по-разному оценивать случаи, когда ребенок сам развил данные формы поведения, и когда он принял их путем подражания и идентификации. Травматические события не следует сразу оценивать как таковые, а надо выяснить их специфическое значение для данного ребенка. Такие качества, как героизм или трусость, щедрость или жадность, рациональность или иррациональность, по отношению к разным детям следует понимать по-разному, и судить о них в свете генетических корней, фазы развития, соответствия возрасту и т. д. Таким образом, любой выявленный элемент в системе другой личности может иметь совершенно иное значение, хотя называться так же. Как невозможно сравнивать характеристики одного человека с якобы теми же характеристиками другого, так не дают они и надежного основания для диагностической оценки, если рассматриваются вне контекста, то есть без связи с другими областям структуры личности.

Для аналитика весь объем сведений, накопленных во время постановки диагноза, организуется в то, что можно назвать метапсихологическим профилем ребенка. То есть это картина, содержащая сведения о динамике, генетике, экономике, структуре и адаптации. Это можно считать синтетической деятельностью аналитика при обработке разрозненных данных или же, наоборот, аналитическим разложением на составные части.

Эти описания можно составлять в разное время, например, после первого контакта ребенка с врачом (предварительная диагностическая стадия), во время анализа (стадия лечения) и после его окончания или в перерывах (стадия окончания). Тогда они послужат не только инструментом окончательного оформления и подтверждения диагноза, но и шкалой измерения результатов лечения, то есть проверкой эффективности психоаналитического лечения.

На стадии постановки диагноза описание каждого случая должно начинаться с симптомов, с которыми поступил ребенок, описания ребенка, его семьи, предыстории и перечня воздействий окружения, которые могут оказаться значимыми. Далее следует переходить к описанию внутренней картины ребенка, где будет содержаться информация о *структуре* его личности, *динамическом* взаимодействии ее частей, о некоторых *экономических* факторах, связанных с активностью инстинктов и

относительной мощностью сил ид и эго, об адаптации к реальности, и некоторые генетические предположения (требующие подтверждения и уточнения во время и после лечения). Таким образом, индивидуальное описание, разбитое на пункты, может выглядеть так:

Примерный план диагностического профиля

I. Причины обращения (задержки развития, проблемы с поведением, тревоги, симптомы и т. д.)
II. Описание ребенка (внешность, настроения, манеры и т. д.)
III. Семья и история жизни
IV. Возможные значимые влияния окружения
V. Оценка развития

А. *Развитие инстинктов*

1. Либидо. Исследование и состояние:

а) по фазам развития:

— достиг ли ребенок адекватной его возрасту фазы либидозного развития (оральная, анальная, фаллическая; латентный период, предподростковый, подростковый возраст), особенно обратить внимание на переход от анальной к фаллической стадии;

— играет ли достигнутая фаза доминирующую роль;

— удерживается ли ребенок во время обследования на высшем уровне, достигнутом в развитии или же временно регрессировал на предыдущий

б) по распределению либидо:

— равномерно ли распределен катексис между «Я» и объектным миром, достаточно ли высок уровень нарциссизма (первичного и вторичного, относящегося к телу, эго или суперэго), чтобы обеспечить самоуважение, самооценку и ощущение благополучия, не прибегая к переоценке себя, чрезмерной независимости от объектов и т. д.; степень зависимости самоуважения от объектных отношений;

в) по объекту либидо:

— достиг ли ребенок соответствующего его возрасту уровня и качества объектных отношений (нарциссический, анаклитический, объектного постоянства, преэдиповый, эдиповый, постэдиповый, подростковый) сохраняется ли во время оценки высший уровень, или же ребенок временно регрессировал на предыдущий;

— какому уровню фазы развития соответствуют существующие объектные отношения: поддерживаемому или регрессивному.

2. Агрессия. Исследовать способы выражения агрессии, имеющиеся в распоряжении ребенка:

а) по количеству, то есть их наличие или отсутствие во внешней картине;

б) по качеству, то есть соответствие уровню развития либидо;

в) по направлению — на себя или на объектный мир.

Б. Развитие эго и суперэго

1. Исследование и установление состояния исправности или нарушенности органов эго, отвечающих за восприятие, память, подвижность и т. д.

2. Тщательное исследование и установление состояния исправности или неисправности *функций* эго (память, проверка реальности, синтез, контроль подвижности, речь, вторичный мыслительный процесс). Выявить основные недостатки. Отметить неравномерность достигнутых уровней. Включить сюда результаты тестов интеллекта.

3. Тщательно исследовать состояние *организации защиты* и установить:

— применяется ли защита только против *отдельных влечений* (указать, каких именно) или же более шире — против активности влечений и инстинктивных удовольствий как таковых;

— *адекватны ли возрасту* защиты, или они слишком примитивны, или же слишком изощренны;

— *сбалансированы* ли защиты, то есть сколько механизмов защиты эго имеет в своем распоряжении, или же оно слишком часто использует одни и те же;

— *эффективны* ли защиты, особенно по отношению к тревоге; что они вызывают — равновесие или разбалансированность, неустойчивость, подвижность структуры или застой;

— в какой степени защита от влечений зависит от объективного мира, или не зависит вовсе (развитие суперэго).

4. Отметьте все вторичные повреждения, нанесенные защитной деятельностью достижениям эго, то есть какова цена, которую платит ребенок за поддержание организации защиты[1].

VI. Генетическая оценка (регрессия и точки фиксации)

Поскольку мы предполагаем, что все детские неврозы (и некоторые психотические расстройства) инициированы регрессией

[1] Взаимодействие развития влечений с развитием эго и суперэго можно оценить с помощью линий развития (см. гл. 3). Это даст нам представле-

либидо к точкам фиксации предшествующих уровней, то местоположение этих проблемных областей в жизни ребенка имеет для диагноста очень важное значение. При первой диагностике эти области можно выявить:

а) по определенным формам *поведения*, характерным для данного ребенка. Они позволяют сделать заключения о подспудных процессах ид, которые подверглись вытеснению и изменению, но оставили безошибочный след. Хороший пример — очевидный навязчивый характер, где чистоплотность, упорядоченность, пунктуальность, накопительство, подозрительность, нерешительность, медлительность и т. д. выдают трудности, с которыми столкнулся ребенок на анально-садистской фазе, то есть фиксацию на этой фазе. Другие характерологические образования или установки указывают на точки фиксации других уровней или областей (забота о здоровье и безопасности родителей и сиблингов выдает проблемы, возникшие в детстве при овладении желанием их смерти; страх лекарств, причуды в еде и т. д. указывают на защиту против оральных фантазий; робость — на защиту против эксгибиционизма; тоска по дому — на неразрешенную амбивалентность и т. д.);

б) по *действию фантазии* ребенка, которая иногда спонтанно проявляется во время диагностической процедуры, но обычно доступна только посредством тестирования личности. (Конечно, во время анализа сознательные и бессознательные фантазии ребенка дают самую полную информацию о патогенетически значимых деталях истории его развития.);

в) по тем пунктам в *симптоматологии*, где связь между поверхностными проявлениями и глубинными процессами четко установлена, не поддается изменениям и которые хорошо известны диагностам, как, например, симптомы неврозов навязчивости с их постоянными точками фиксации. Симптомы, в основе которых лежит целый комплекс причин, например, ложь, воровство, энурез и т. д., на диагностической стадии не дают никакой генетической информации.

VII. Оценка динамики и структуры (конфликты)

Поведением управляет взаимодействие внутренних и внешних сил или взаимодействие внутренних сил (сознательных или бессознательных) друг с другом, то есть конфликт. Исследовать

ние, как личность в целом реагирует на ту или иную проблемную жизненную ситуацию, которую ребенок должен безотлагательно разрешить. Это можно сделать или в рамках этого описания, или в виде приложения к нему.

конфликты данного случая и классифицировать их следующим образом:

а) внешние конфликты между компонентами ид — эго и объектным миром (вызывающие страх перед объектным миром);

б) интериоризованные конфликты между эго — суперэго и ид, возникшие после того, как возобладали компоненты эго и стали представлять собой для ид требования внешнего мира (возникновение вины);

в) внутренние конфликты между несогласованными или несовместимыми инстинктивными побуждениями (такими, как неразрешенная амбивалентность, активность — пассивность, маскулинность — фемининность и т. д.).

По преобладанию одного из трех типов можно оценить:

(1) уровень зрелости, то есть относительную независимость структуры личности ребенка;

(2) серьезность расстройства;

(3) интенсивность терапии, необходимой для облегчения или устранения расстройства.

VIII. Оценка некоторых общих характеристик

Следует также подробно изучить личность ребенка в целом, чтобы выявить общие характеристики, которые могут помочь предсказать возможность спонтанного излечения и реакцию на лечение. Проверить в связи с этим следующие области:

а) толерантность ребенка к фрустрации. Если толерантность к напряжению и фрустрации слишком низкая, то возникает больше тревог, чем ребенок может преодолеть, и легче развиваются патологические последствия регрессии, защиты и формирование симптомов. Если толерантность к фрустрации высока, то легче поддерживать и восстанавливать равновесие;

б) способность ребенка к сублимации. Люди сильно различаются в том, насколько замещенное, целеограниченное или нейтрализованное удовлетворение может успешно служить для них компенсацией фрустрированных влечений. Примирение с перечисленными формами удовлетворения (или высвобождение потенции к сублимации во время лечения) может редуцировать потребность в патологическом разрешении конфликта;

в) общая установка ребенка по отношению к тревоге. Обследовать, насколько защиты ребенка от страха внешнего мира и вызванной внутренним миром тревоги основаны на фобических мерах и контркатексисе, ибо последние сами по себе тесно связаны с патологией; имеет ли место тенденция активно справ-

ляться с внешними и внутренними опасными ситуациям. Если эта тенденция достаточно развита, это признак хорошо сбалансированной и здоровой в своей основе структуры эго;

г) соотношение прогрессивных и регрессивных сил развития. Присутствие обеих сил свидетельствует о незрелой личности. Если прогрессивные силы перевешивают регрессивные, то выше шансы на нормальное развитие и спонтанное излечение; симптомы носят преходящий характер, поскольку сильное стремление к переходу на новый уровень развития изменяет внутренний баланс сил. Где преобладает регрессия, там сопротивление лечению и стойкость патологических решений будет выше. Экономические отношения двух тенденций можно вывести, наблюдая за борьбой между активным желанием вырасти и нежеланием ребенка отказаться от пассивных удовольствий детства.

IX. Диагнозы

Наконец, перед диагностом стоит задача собрать все вышеупомянутые пункты в единое целое и дать полезное для лечения заключение. Ему надо выбрать одну из приведенных ниже категорий:

(1) несмотря на наблюдаемые в данный момент нарушения поведения, личность ребенка развивается здоровой; оценка его развития попадает в широкий спектр вариаций нормы;

(2) существующие патологические образования (симптомы) имеют преходящий характер и могут быть классифицированы как побочные продукты напряженности развития;

(3) существует постоянная регрессия влечений к возникшим ранее точкам фиксации, что приводит к конфликтам невротического типа и дает толчок детским неврозам и расстройствам характера;

(4) существует регрессия влечений, как и в (3), плюс регрессии эго и суперэго, что ведет к инфантилизму, пограничным, делинквентным или психотическим расстройствам;

(5) имеют место органические нарушения или ранняя депривация, которые исказили развитие личности и ее структурализацию и стали причиной формирования дефективной, нетипичной личности или личности с задержками развития;

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

Глава пятая
Оценка патологического развития

Часть II. Детская патология как предусловие развития патологии взрослых

В детском анализе оценка состояния ребенка служит нескольким целям. С одной стороны, она помогает решить практические вопросы, такие, как решение о назначении или неназначении лечения, выбор наиболее подходящего метода лечения и т. д. С другой, 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

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 был объявлен не только 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).

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

Однако важнее внешних соответствий нам кажется идентичность динамики детских и взрослых неврозов, что можно продемонстрировать. Классическая формула этиологии обоих гласит: «начальный прогресс до сравнительно высокого уровня развития инстинктов и эго (то есть 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 суперэго; 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 целый поток нового материала. Весь он требовал аналитического изучения.

Первым обескураживающим открытием стало отличие ребенка-невротика от невротика-взрослого. У взрослых отдельный

невротический симптом обычно является частью генетически связной структуры личности, а у детей это не так. Зачастую симптомы у них существуют изолированно или в сочетании с симптомами и чертами личности разной природы и происхождения. Даже точно определенные симптомы навязчивости, такие, как церемонии укладывания или компульсивный счет, обнаруживаются у детей, которые в остальном имеют признаки истерической личности — бесконтрольность, импульсивность, беспокойность. 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, множество клинических фактов 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 действуют 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 созревания. Желание смерти, агрессия, нечестность, приемлемые на одном уровне развития эго и суперэго, 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), то есть нарушения сна и питания у детей; чрезмерные задержки (неорганические) в овладении некоторыми способностями, такими, как моторный контроль, речь, опрятность, обучение; первичные нарушения нарциссизма[1] и нарушения объектных отношений; состояния, вызванные неконтролируемыми деструктивными и самодеструктивными тенденциями или неконтролируемыми производными секса и агрессии; ум-

[1] См.: J. J. Sandler «Disorders of Narcissism».

ственно отсталые и инфантильные личности. Некоторые из этих детей не доходят до фаллически-эдиповой фазы, которая является собственно отправной точкой детских неврозов. У некоторых 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 суперэго 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 суперэго и развития структуры. Другие же представляют собой недоразвитые неврозы, то есть неудавшиеся, незавершенные, кратковременные попытки эго прийти к соглашению с влечениями и изменить их.

Расстройства развития

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

Внешние стрессы

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

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

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

Неправильное обращение с самыми ранними потребностями ребенка имеет и другие последствия для патологического развития. В движении к независимости и самостоятельности ребенок подражает первой удовлетворяющей или фрустрирующей установке матери и воспроизводит ее в эго. Если мать считается с желаниями ребенка, понимает и, насколько это возможно, удовлетворяет их, то эго скорее всего проявит такую же терпимость к ид. Если она без необходимости задерживает исполнение желаний, отказывает в их удовлетворении или не замечает их, то эго

ребенка скорее всего выработает так называемую «враждебность к ид», то есть 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, то есть почти автоматическим ответом недифференцированной личности на потребность тела, личности, где эго и ид, «Я» и мир объектов еще не разделились. Теперь же ребенок теснее связан с объектами и событиями внешнего мира, поэтому, чтобы заснуть, его либидо и интересы эго должны вернуться к «Я». Это не всегда проходит гладко, и вызванная этим процессом тревога заставляет малыша еще сильнее цепляться за бодрствование. Симптоматическими проявлениями этого состояния являются бесконечные призывы из кроватки: ребенок просит открыть дверь, попить воды, чтобы мать посидела с ним и т. д. Они спонтанно исчезают, когда объектные отношения становятся более надежными и менее амбивалентными, а эго настолько устойчивым, что разрешает регрессию в недифференцированное, нарциссическое состояние, необходимое для сна.

Как говорилось выше, дети, чтобы легче заснуть, спонтанно прибегают к аутоэротичным действиям, таким, как покачивание, сосание пальца, мастурбация и переходные объекты, например, мягкие игрушки или ткань и т. д. Когда проходит время переходных объектов или, в более позднем возрасте, запрещается мастурбация, это часто вызывает новую волну трудностей засыпания. Если они приходятся на латентную стадию, то новые методы, которыми ребенок пользуется, борясь с нарушением, обычно являются навязчивыми, например, счет, компульсивное чтение, компульсивное думанье и т. д.

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

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

Хронологически их последовательность приблизительно следующая. Первые нарушения связаны с кормлением грудью и вызываются целым комплексом причин. Со стороны матери это могут быть органические препятствия — с притоком молока и формой сосков, и психологические, связанные 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 очень 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 отверганий разной пищи, то есть причуд в еде, и собственно процесса еды, то есть 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 часто это 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. Метапсихологически 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 незна-

комыми 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 (Anny Katan, 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, 1950a). 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-садистскую 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 исчезает как по волшебству, как только ребенок вступает в латентный период, то есть 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) вызывает 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-феминных 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 квази-асоциальным, квази-психотическим или

пограничным. Эта патология тоже исчезает, когда проходит подростковый возраст[1].

Асоциальность, делинквентность, правонарушения как диагностические категории детства

Возрастной фактор в социальном развитии; правовой и психологический аспект

Кроме описанных выше диагностических категорий, есть еще категории, которые без модификации к детям неприменимы. Есть и такие, применение которых к определенным периодам детства совершенно исключено. Примерами служат асоциальность, делинквентность и правонарушения.

Неопределенность с их применением отражают и происходящие сейчас юридические дебаты. Вопрос в том, где та возрастная граница, до которой дети, представшие перед судом, считаются просто «вышедшими из-под контроля», «требующими защиты и опеки» (в Англии сейчас это 8 лет; считается, что до 8 лет ребенок не может иметь преступного намерения и причинить ущерб в техническом смысле этого слова); до какого возраста должна существовать по крайней мере «презумпция отсутствия ответственности перед законом», и доказательства для ее опровержения должны быть тем значительнее, чем ближе ребенок к восьмилетнему возрасту (в Англии это 14 лет); до какого возраста подростку делается «скидка на возраст» (benefit of age), если намерение доказано (в Англии от 14 до 17). Общее направление

---

[1] В работе «Детские неврозы» (готовится к публикации) Нагера выдвигает полезное предложение подразделять 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, то есть предшественниками суперэго;

г) *детские неврозы*.

рекомендаций, рассматриваемых ныне в Англии и других государствах, это повышение возрастных границ, особенно границы полной ответственности перед законом. В Англии предлагается поднять границу возможности преступного намерения до 12 лет и впоследствии до 14. В Соединенных Штатах эта граница уже была поднята с 7 лет до 16, 18, а в некоторых штатах даже до 21 года. В европейских странах это в среднем 13—14 лет[1].

Как и в законодательной области, в области образования и психоанализа мы тоже испытываем сомнения в том, с какого возраста можно вводить категории асоциальности, делинквентности и правонарушения. По закону, они неприменимы к самым ранним протестам детей против окружения, даже если это выражается в недозволенном и разрушительном поведении и нарушает нормальную жизнь семьи, то есть первого социального сообщества, членом которого является ребенок. Юридическому допущению об отсутствии преступного намерения соответствует психоаналитическое понятие о том, что ребенок не может вести себя «социально» или «асоциально», пока он по крайней мере не понял социальный уклад, к которому принадлежит, и не отождествил себя с руководящими им правилами. Как и закон, мы полагаем, что это вопрос возраста и зрелости, хотя считаем, что способность к этим действиям развивается раньше, а не позже оговоренного законом минимального возраста. При оценке социальной адаптации мы тоже, как и закон, делаем скидку на возраст, поскольку считаем социальную адаптацию постепенным процессом, связанным с развитием стремлений, эго и суперэго и всецело зависящим от хода этого развития.

Но несмотря на все теоретические убеждения и совершенно вразрез с юридическими понятиями, мы не можем не говорить даже о пятилетнем ребенке, что он ведет себя антисоциально, асоциально и т. д., или что он проявляет «латентную асоциальность» (Aichhorn, 1925). Очевидно, что эта практика основана на нашем представлении о том, что существуют определенные промежуточные уровни социальной адаптации, которых ребенок должен достичь в определенном возрасте. Мы вправе испытывать тревогу, если на определенном этапе поведение ребенка никак не отражает прогресса в этой области, то есть нарушается ожидаемая хронология постепенного социального развития.

---

[1] Дополнительную информацию по этому вопросу см. E. James (1962). Соответствующую информацию по США см. Neil Peck (1962).

Согласно нашей психоаналитической концепции, конечное достижение социальной адаптации является результатом целого ряда разных шагов развития. Перечислить и подробно разобрать их очень полезно, потому что тем самым мы создадим условия для предсказания серьезных расстройств еще в то время, когда существуют только слабые признаки дисгармонии, неравномерности развития или неправильной реакции на окружение. Это избавит нас также от понимания асоциальности как нозологической сущности, в основе которой лежит одна конкретная причина, будь то внутренняя (такая, как «умственная неполноценность» или «моральное помешательство») или внешняя (такая, как разрушенная семья, разлад между родителями, недостаток внимания со стороны родителей, разлука и т. д.). Когда мы перестанем думать в понятиях конкретной *причины* асоциальности, мы сможем увидеть ее как ряд удачных или неудачных *преобразований* асоциальных тенденций, установок и потакания себе, которые в норме составляют часть природы ребенка. Это поможет нам воссоздать линии развития, ведущие к патологическим результатам, хотя процесс гораздо сложнее, если описывать его точно, и включает в себя более широкие варианты, чем просто линии нормального развития, приблизительно намеченные в предыдущей главе.

Новорожденный сам задает законы своего поведения

Вступающий в жизнь новорожденный не свободен от законов, напротив, его реакции слепо подчиняются внутреннему принципу, согласно которому ребенок приветствует приятные переживания и избегает неприятных, всегда стремясь к снижению напряжения до минимума. Для его дальнейшего развития важно, что он может применить этот принцип только в случае с удовлетворением физических потребностей и импульсов, то есть в области эротического самоудовлетворения. Он продолжает подчиняться собственным законам, только когда играет со своими экскрементами, сосет большой палец и занимается различными формами мастурбации[1].

Заботящаяся о ребенке мать как первый законодатель

Во всех остальных случаях младенец не в состоянии самостоятельно удовлетворить свои нужды. Поэтому принцип удовольст-

[1] И то, только если его не остановят окружающие или, после структурирования, чувство вины.

вия, вместо того, чтобы быть внутренним законом, которому подчиняется ребенок, приводится в действие извне с помощью заботящейся матери, доставляющей ребенку удовольствие или делающей это удовольствие недоступным для него. В силу этого обстоятельства мать не только удовлетворяет потребности ребенка и является его первым анаклитическим объектом, но также становится для него первым законодателем из внешнего мира. Прежде всего она требует от ребенка соблюдения режима в получении удовольствий и ограничивает их количество. Типы обращения с ребенком различают в зависимости того, считается ли мать с внутренними законами его поведения или пренебрегает ими. Крайним проявлением последнего являются методы, при которых неудовольствие ребенка игнорируется, а удовольствие сводится к минимуму в целях воспитания и ограничения нужд ребенка (таков, например, метод Траби Кинг); примером первого могут служить общепринятые методы, основанные на следовании принципу удовольствия, то есть на сведении неприятных ощущений и фрустрации к минимуму и на предоставлении ребенку максимально возможного количества приятных ощущений (таково кормление ребенка по его требованию).

У новорожденных и младенцев вообще практически нет выбора, соглашаться ли с тем или иным отношением к их потребностям или протестовать против него. Они не в состоянии самостоятельно поддерживать свое существование, а потому законы, навязанные внешним миром, всецело господствуют над ними. Тем не менее, на почве обращения с ребенком происходят его первые схватки с окружающим миром, и у обоих участников этих схваток формируется определенное отношение друг к другу. Ребенок толкует способ обращения с ним как враждебный или приятный ему в зависимости от того, насколько мать принимает во внимание принцип удовольствия. Мать, со своей стороны, может составить мнение о ребенке как о покладистом и уступчивом или, напротив, упрямом, своенравном и «трудном» – в зависимости от его поведения по отношению к избранным ею жестким или либеральным законам и правилам удовлетворения его потребностей.

Внутренний контроль распространяется на инстинкты

Когда период младенчества подходит к концу, несоответствие между внутренним принципом удовольствия и внешней реальностью переходит из сферы основных физических потреб-

ностей (таких, как пища, тепло, сон и физический комфорт) к важнейшим дериватам (прегенитально-сексуальным, агрессивно-разрушительным и эгоистично-собственническим). Для ребенка в раннем возрасте естественно искать немедленного и полного удовлетворения своих потребностей, в то время, как его взрослое окружение неизбежно будет устанавливать ограничения в реализации его желаний. Эти ограничения обусловлены реальностью, например, могут устанавливаться во избежание опасности для жизни ребенка и других людей, угрозой имуществу или нарушениями правил приличия. Такие столкновения с реальностью у нормального ребенка нередко выражаются в форме непослушания, нарушения правил, капризности и вспышек раздражения.

Интернализация внешнего контроля над инстинктами

До тех пор, пока внешний мир решает за ребенка, удовлетворять ли его импульсы, ребенок находится в моральной зависимости от него, что свидетельствует о его незрелости. Почти вся история становления характера и развития личности может быть истолкована как история избавления от этой унизительной зависимости и приобретения зрелой личностью права самостоятельно принимать решения. Путь к моральной независимости не лишен препятствий, напротив, независимость эта достигается ценой напряженной битвы, в ходе которой предпочтение отдается то одной, то другой силе. Ниже под разными подзаголовками мы описали некоторые из этих сил, классифицировав их по принципу того, способствуют ли они или препятствуют процессу социализации.

Принципы психической деятельности и их влияние на процесс социализации. Принцип удовольствия в своей изначальной форме и его своеобразное преломление — принцип реальности – являются внутренними законами, каждый из которых действует в определенный период времени и имеет свою сферу влияния. Принцип удовольствия, как это было сказано выше, — основной закон, которому подчиняется ребенок в период младенчества. На протяжении всех последующих периодов этот принцип продолжает управлять всеми формами деятельности, связанными с ид, такими, как бессознательная деятельность и наиболее примитивные сознательные фантазии, а также сновидения и формирование симптомов неврозов и психических заболеваний.

Принцип реальности руководит всеми стремлениями нормального эго у ребенка на более поздних ступенях развития и у взрослого. Оба этих принципа представляют собой психологические концепции, характеризующие различные модели психической деятельности. Первоначально они не содержали в себе никакой моральной и социальной оценки.

Но в то же время, нельзя отрицать тот факт, что они неизбежно влекут за собой последствия для социального и морального развития. Следование принципу удовольствия подразумевает абсолютное подчинение импульсам и требование мгновенного удовлетворения желаний вне зависимости от внешних условий; очевидно, что оно предполагает пренебрежение интересами окружающих. Следование принципу реальности заставляет индивида изменить и ограничить свои стремления, в целях безопасности отложить их реализацию, то есть позволяет избежать неприятных последствий, которые понесет за собой столкновение с окружающим. Поэтому если подчинение принципу удовольствия непосредственно связано с асоциальным, антиобщественным, «безответственным» поведением, то наличие принципа реальности существенно для социальной адаптации и формирования механизма подчинения закону. Тем не менее, было бы неверно заключить, что отношения между принципом реальности и социализацией так примитивны. Август Айхорн (Aichhorn, 1925) первым заметил, что преступники и прочие правонарушители иногда достигают высокого уровня адаптации к реальности, но не используют эту способность в целях социальной адаптации. Это не отрицает того факта, что социальное поведение невозможно, если индивид не воспитал в себе принцип реальности. Но это утверждение не является обратимым, то есть этот шаг вперед не дает никакой гарантии удачной социализации.

Переход ребенка от служения принципу удовольствия к принципу реальности подразумевает развитие терпимости к фрустрации стремлений и импульсов, к отсрочке их реализации во времени, к подавлению желаний и их переносу на другие объекты. Ребенок учится довольствоваться этими объектами — «заменителями», и все это вместе неизбежно снижает степень наслаждения. Фактически развитие у ребенка терпимости к фрустрации было отмечено многими авторами как решающий фактор в процессе социализации, а отсутствие этого качества или его ущербность считается основной причиной ан-

тиобщественного поведения и правонарушений. Это суждение, хотя и применимое в определенных случаях, из-за своей примитивности не может быть приложено ко всему процессу развития, при рассмотрении которого необходимо учитывать и другие не менее важные факторы.

Развитие эго как необходимое условие социализации. Если процесс социализации индивида во многом зависит от его перехода с принципа удовольствия к принципу реальности, то последний, в свою очередь, определяется состоянием эго, которое должно развиться до определенных пределов, только по достижении которых возможно дальнейшее развитие. Например, впечатления и ощущения должны накапливаться и храниться в мыслительном аппарате в виде *следов памяти*, и в определенный момент индивид может воспользоваться накопленным опытом и интуицией, то есть поступить согласно принципу реальности. Он должен научиться отличать ощущения, проистекающие из внутреннего мира, от впечатлений, полученных под влиянием внешних стимулов, то есть *тестировать реальность* и отделить ее от продуктов фантазии, после чего место мечтаний займут конкретные действия. Овладение *речью* означает включение в мыслительные процессы *логики* и способности к *рассуждению*, что, само по себе, значительный шаг на пути к социализации. Эти качества подразумевают понимание *причин* и *следствий*, которое у ребенка отсутствовало ранее, и без которого законы окружающего мира были ему непонятны и представлялись просто внешней силой, требующей механического подчинения. Они (качества) также предполагают включение в мыслительные процессы так называемого пробного воздействия, то есть ставят рассудок между возникающими у ребенка импульсивным желаниями и действиями, направленными на их исполнение. Когда *мышечная деятельность* ребенка оказывается под контролем разумного эго и перестает служить импульсам ид, совершается еще один важный шаг на пути к социализации. И наконец, успешно развивается интеграционная функция эго. То, что у младенца было лишь набором хаотичных импульсов и представлений, синтезируется и превращается в единое целое со своим собственным характером и личностными качествами.

Преодоление первичной ступени развития и переход эго на новую ступень столь же существен для процесса социализации, как и любой другой фактор развития. Мы не ищем соци-

альных установок у детей в довербальный период или до того, как сформируются память, тестирование реальности и вторичные мыслительные процессы. Их нет также у имбецилов и индивидов с нарушением функций эго. Мы также полагаем, что в дальнейшем социализация может сойти на нет в том случае, если серьезная регрессия вернет деятельность эго на довербальную и первичную ступени.

Действия эго на пути к дальнейшей социализации. Переходы от принципа удовольствия к принципу реальности и от первичной к вторичной мыслительной деятельности, о которых шла речь выше, сужают брешь между внешним и внутренним законами; но они не могут закрыть ее полностью без помощи определенных механизмов эго, базирующихся на либидозной привязанности, связывающей ребенка с окружающим миром. Наиболее известные механизмы эго, действующие в этом направлении – это имитация, идентификация и интроекция.

Имитация родительских установок – самый ранний и примитивный из этих механизмов, возникает в младенческий период и развивается с ростом осознания объективного мира. Имитируя заботящихся родителей, ребенок примеряет роли объектов своего восхищения, наделенных властью фигур, вольных, руководствуясь неведомыми ему законами то одарять его всеми физическими благами, то лишать его их.

Идентификация возникает следом за имитацией еще в преэдиповый период и развивается после, обеспечивая тем самым успех имитации. Она основывается на стремлении присвоить желаемые качества путем изменения самого себя или хотя бы своих представлений о мире по взрослому образцу. Социальные установки родителей, какими бы они ни были, переносятся из внешнего мира во внутренний и, предшествуя появлению суперэго, кладутся в основу представлений об *идеальном «Я»*. В некотором смысле чувство единения с родителем немного напоминает былое единство матери и ребенка (симбиоз), существовавшее в начале жизни, еще до того, как ребенок почувствовал разницу между собой (субъектом, ищущим удовольствия) и объектом внешнего мира, дающим удовольствие или в этом удовольствии отказывающим.

Интроекция внешней, то есть родительской власти добавляется к этой новообразовавшейся системе в эдиповый период или после него. То, что в начале было лишь представлением об

идеале, постепенно оформляется в реально действующий закон, который начинает контролировать импульсивные побуждения изнутри, то есть в суперэго. Этот контроль производится путем поощрения послушного эго чувством благополучия и самоуважения, а также наказания мятежного эго муками совести и чувством вины. Этот механизм приходит на смену зависимости от родителей и страху перед ними – ощущениям, регулировавшим поведение ребенка прежде. Но даже при таком развитом механизме внутреннего контроля суперэго в течение довольно длительного периода времени все равно нуждается в поддержке извне и в согласовании своих требований с требованиями внешнего мира.

Качества ид как препятствия на пути к социализации. Активность эго и механизмы идентификации и интроекции развиваются так быстро, что у нас может создаться ложная картина развития, а именно мы можем недооценить роль препятствий, возникающих на пути к социализации у каждого незрелого индивида. Тяга к усвоению и принятию социальных норм очень сильна и восходит к либидозной привязанности к родителям (а они всегда являются первыми объектами такой привязанности). Но в то же время не менее значимо стремление ребенка к удовлетворению своих импульсивных желаний. Индивиду бывает нелегко смириться с тем, что его сексуальные и агрессивные наклонности в том виде, в котором они представлены в младенчестве, не укладываются в культурные нормы взрослых и требуют пересмотра. Социализация требует от ребенка отчуждения и даже отречения от того, что, как он чувствует, является частью его истинного и сокровенного «Я».

Впрочем, надо иметь в виду, что не все изменения являются результатом конфликта, некоторые совершаются не усилием воли, а более или менее самостоятельно в процессе естественного взросления. Например, ранние каннибалистские фантазии подавляются, прежде чем успеют оформиться эго и суперэго. Или, например, беспорядочная агрессия младенца и его стремление к разрушению исчезают сами по себе, переходя в сферу либидо, и начиная служить ему. Даже некоторые анальные наклонности, такие, как пристрастие к экскрементам и прочим нечистотам, а также к их запахам, почти всегда устраняются путем сублимации, облекаясь в вполне приемлемую культурой форму. Исключение составляют лишь те случаи, когда из-за непра-

вильного воспитания или излишнего внимания окружающих к этим наклонностям они остаются актуальными и в дальнейшем.

Но все же надо заметить, что, как правило, большая часть детских импульсивных побуждений более устойчивы, а потому вызывают конфликты сперва с окружением, а затем и с собственным эго, ориентированным на нормы внешнего мира. Теперь ребенок рассматривает свои импульсивные побуждения не просто как источники наслаждения, а тщательно изучает их, разделяя на приемлемые общественной моралью и неприемлемые. Нет никаких сомнений, что если обычный набор импульсивных побуждений младенца (жадность, собственнический инстинкт, стремление к соперничеству, излишние требовательность и ревнивость, желание физического устранения конкурентов и прочих нежелательных фигур) не будет подвергнут изменениям, то эти качества составят основу будущей антиобщественной установки. Социальное взросление предполагает нетерпимость к ним и умение от них защититься. В целях защиты эго некоторые из них просто устраняются из сознания (путем вытеснения), другие превращаются в свою более приемлемую противоположность (формирование реакции), третьи преобразуются в иные, неимпульсивные желания (сублимация), четвертые отходят от своего первоначального контекста и переносятся на образы других людей (проекция), пятые — наиболее желанные и самые сложные фаллические фантазии — воплотятся лишь в отдаленном будущем и т. д.

Процесс социализации, защищая ребенка от возникновения в будущем мятежных желаний, также загоняет в рамки, подавляет и обедняет его оригинальную натуру. И происходит это не случайно. Это не следствие неудачного использования «патологических» защитных механизмов (таких, как вытеснение, формирование реакции и т. д.) вместо «здоровых» механизмов адаптации (как, например, смещение и сублимация), как полагают некоторые авторы. Это даже не результат излишней родительской опеки, мешающей свободному развитию личности. На самом деле все защитные механизмы служат одновременно как для внутреннего ограничения импульсов, так и для внешней адаптации; это просто две стороны одной медали. Защита вовсе не противоречит развитию, потому что усиление эго и его системы защиты само по себе является важной частью развития ребенка и сравнимо по значимости с формированием и развитием импульсивных побуждений. Настоящий конфликт лежит намного глуб-

же, он связан с развитием как таковым, а именно, с неизбежным противоречием между стремлением к полной индивидуальной свободе (включая свободу импульсивных проявлений) и социальными нормами (включая ограничение импульсов). Проблема поиска компромисса между этими двумя крайностями справедливо считается одним из самых серьезных препятствий на пути к социализации[1].

Нарушения социализации

Процесс социализации обусловлен множеством различных факторов и может сопровождаться не меньшим количеством возможных нарушений. Как было сказано ранее, окончательный результат складывается под влиянием как внешнего мира (родителей), так и внутренних тенденций, то есть деятельности импульсов, эго и суперэго. Первое зависит от уровня культуры, семейных традиций и особенностей личности родителей, второе — от временных факторов, задержек и регрессии развития эго, и прочих обстоятельств. Следовательно, разница во времени возникновения, уровнях развития и целях суперэго у разных индивидов столь велика, что правомернее признать существование различных вариантов формирования суперэго, чем говорить об отклонениях от одного единственно верного пути.

[1] Вместо того, чтобы выявлять разницу между защитой и адаптацией и делить механизмы эго на патологические и нормальные, попытаемся лучше найти различие в результатах их действия. Это различие обусловлено следующими факторами:

а) *Соответствие возрасту.* Каждому способу защиты соответствует определенный возраст. Это правило должно соблюдаться хотя бы приблизительно. Защита, примененная преждевременно или слишком поздно, может привести к патологии. Например, отвержение и проекция «нормальны» для раннего детства и опасны в более поздние годы; вытеснение или формирование реакции, примененные слишком рано, могут привести к губительным последствиям.

б) *Равновесие.* Высшая степень организации защиты – это такая защита, при которой в зависимости от спровоцированной ид опасной ситуации применяются различные методы. При этом ни один механизм защиты не способствует вытеснению других.

в) *Интенсивность.* Ведет ли защита к формированию симптомов или, напротив, облегчает процесс адаптации в обществе, зависит скорее от количественных, чем от качественных факторов. Чрезмерное ограничение импульсов, неразборчивость в средствах неизбежно приводят к неврозам.

г) *Обратимость.* Ни один защитный механизм не должен действовать дольше, чем опасность, против которой он направлен. С исчезновением опасности механизм защиты должен отключиться.

В научной литературе перечислено множество факторов и обстоятельств, ведущих к антиобщественному поведению. *Нарушения на высшей стадии развития эго* по причинам, указанным выше, нарушают процесс социализации. Это подтверждается многочисленными психологическими исследованиями доказавшими, что правонарушителям и преступникам свойственны примитивность мышления, инфантильность, ущербность, умственная отсталость, низкий уровень интеллекта. Склонность родителей к антиобщественному и криминальному поведению внедряется в суперэго ребенка естественным путем идентификации, о чем, кстати, писали многие исследователи (Aichhorn, 1925, Bonnard, 1950). Серьезные сложности в процессе социализации возникают, когда разлука с родителями, их развод и прочие обстоятельства, нарушающие эмоциональную привязанность, не позволяют ребенку *идентифицировать* себя с ними. Первым на это обратил внимание Август Айхорн (1925), затем этот факт был обстоятельно доказан Джоном Боулби (1944), а после получил всеобщее признание.

В целом в изучении процесса социализации больше внимания уделяется качественным факторам, чем *количественным*, хотя в ряде случаев последние влияют на успех социализации в не меньшей степени. Любые отклонения от нормы в степени влияния ид или эго могут нарушить естественный социальный баланс ребенка. Так, если по какой-то причине эго ослаблено, ребенок будет не в силах контролировать деятельность импульсов сообразно своему возрасту и вернется к своим изначальным установкам – будет во всем потакать собственным желаниям и искать удовольствия, то есть его поведение станет асоциальным. Если импульсы в целом или отдельные компоненты ид слишком активны, эго не сможет с ними справиться обычными средствами и естественными способами защиты. Впрочем, такие количественные изменения – закономерная реакция на происходящие с ребенком события, и сами по себе они более естественны и нормальны, чем их результаты. Эго ребенка может быть ослаблено в результате физической боли, болезней, беспокойства или страха, неприятных событий, эмоционального напряжения и т. д. Изменения интенсивности деятельности импульсов могут быть вызваны как внешними, так и внутренними факторами. К первым относятся совращение ребенка, его пребывание без присмотра, излишнее попустительство родителей и фрустрация, ко вторым – проблемы, связанные с переходом с одного уровня

развития на другой[1]. Если эти количественные факторы постоянно сменяют друг друга, ни одна из социальных установок, принятых ребенком, не станет окончательной.

Большинство авторов склоняются к тому, что скорее детская агрессия, чем детская сексуальность представляет собой угрозу социализации. Хотя и на первый взгляд убедительная, эта теория не подтверждается при более глубоком рассмотрении. Фактически агрессивные наклонности, растворенные в либидо, отражают скорее стремление ребенка к социализации, чем наоборот. Они свидетельствуют о той внутренней силе и том упорстве, с которыми ребенок вступает в объективный мир и утверждается в нем. В дальнейшем такие наклонности лягут в основу желания присвоить качества и могущество родителей, а также стремления поскорее вырасти и обрести независимость. Позже, отвлеченные от своих первоначальных объектов, они поступят на службу к суперэго и придадут ему силу и жесткость, необходимые для взаимоотношений с эго.

Только агрессия в чистом виде — не растворенная в либидо или отделенная от него — представляет угрозу для социальной адаптации. Причина здесь кроется не в агрессивных наклонностях как таковых, а в самом либидо – либо недостаточно развитом для того, что бы поглотить и ограничить эти тенденции, либо в какой-то момент потерявшем эту способность из-за разочарования в любви или утраты этого чувства, вымышленного или реального отвержения окружающим миром и т. д. Особенно опасно отделение агрессии от либидо в анально-садистский период, во время которого агрессия достигает высшей точки своего развития, и ее роль в процессе социализации больше, чем когда-либо, зависит от того, насколько она близка к либидо и в каких пропорциях с ним смешана. В этот период любое эмоциональное расстройство может освободить естественный садизм ребенка от примеси либидо и превратить его в стремление к разрушению как таковое, направленное против живых и неживых объектов окружающего мира, а также против самого ребенка. Затем происходит следующее: самовольное поведение и упрямство еще не научившегося ходить ребенка запечатляются в характере личности как раздражительность, чрезмерная жадность

[1] Для примера, сравните активность импульсов в периоды до и после латентного. В этот период ребенок уже не получает прежнего наслаждения от удовлетворения своих импульсов и одновременно повышается уровень его адаптации в обществе.

и предпочтение враждебного отношения к окружающим. Важно заметить, что такая агрессия – агрессия в чистом виде — не подвластна никакому контролю — ни внешнему (со стороны родителей), ни внутреннему (со стороны эго и суперэго). Если усиление либидо не приведет к его воссоединению с агрессивными тенденциями и не привлечет интересы индивида к новым объектам, то стремление к разрушению, скорее всего, заставит человека нарушить закон и сделает его преступником.

От семейных стандартов к общественным

Имитация, идентификация и интроекция до, после и во время эдипового комплекса приводят ребенка к усвоению родительских стандартов – и не более того. Эти процессы крайне необходимы для подготовки индивида к дальнейшей адаптации в обществе взрослых. Но при всем при этом они не дают никакой гарантии успеха адаптации – даже в тех редких случаях, когда интересы семьи и общества совпадают.

Моральные нормы семьи имеют двоякое воздействие на ребенка. С одной стороны, их носителями являются родители – предметы его любви и подражания; но в то же время родители также нарциссически идентифицируют себя с ребенком, поощряют все положительное в нем и инстинктивно оберегают его от всего неприятного и слишком сложного. Их отношение к ребенку не позволит им ставить перед ним непосильные для его интеллекта задачи и требовать от него того, что он физически не может выполнить. Как правило, родители делают скидку не только на возраст ребенка, но и на особенности его личности и на его особое положение в семье. Конечно, такая ситуация иногда приводит к психическим расстройствам, так как ребенок может вообразить, что такую же терпимость к нему будут проявлять и в дальнейшем. Однако верно и то, что незрелое эго нуждается в подобной снисходительности, которая поможет зародить и развить в ребенке позитивное отношение к окружающему миру и восприимчивость к нему.

Но как бы то ни было, поступив в школу, ребенок лишается большей части своих былых привилегий. В школьных порядках тоже есть свои особенности, поскольку порядки эти представлены личностью учителя, который, при благоприятных условиях, симпатичен ребенку; ребенок любит его или даже восхищается им, а следовательно, идентифицирует себя с ним. В то же время, в школе почти или совсем не обращают внимания на

индивидуальные особенности учеников. Детей распределяют на группы по принципу их «взрослости», то есть к ним предъявляют различные требования в зависимости от возраста, но внутри каждой возрастной группы все дети должны соответствовать общей норме, чего бы это ни стоило каждому из них. По этой причине переход от домашних стандартов к школьным многим детям дается нелегко. Сам факт того, что ребенку удалось приспособиться к домашним стандартам вовсе не означает, что столь же удачно он приспособится к школьным. Послушание ребенка дома — еще не гарантия его послушания в школе, и наоборот.

Когда молодой человек оканчивает школу и вступает во взрослую жизнь, он начинает подчиняться окончательно сравнявшимся для всех общественным нормам. Формула «равенство перед законом» для конкретного человека несет в себе не только положительные стороны, но и предполагает отказ от всех преимуществ, привилегий и личного предпочтения. Общество не подстраивается под интересы одного человека; и нелегко принять тот факт, что оно требует жертв от каждого, навязывает свои законы и карает нарушителей. При этом во внимание не принимаются ни личные потребности, ни желания, ни затруднения, возникающие у конкретного человека. Общество не делает никакой скидки ни на особенности личности индивида, ни на его интеллектуальный уровень, а потому именно эти качества формируют его отношения с законом. Ныне исключения делаются только в двух крайних случаях, то есть только для слабоумных и душевнобольных, так как считается, что они не в состоянии различать добро и зло.

В отличие от принципов морали, за которые отвечает суперэго, общие для всех, внешние и состоящие из многих компонентов правовые нормы не являются частью внутреннего мира индивида. Исправное суперэго должно обеспечить не идентификацию индивида с любым законом, а способность индивида смириться с фактом существования правовых норм в целом и возможность усвоения этих норм. В этом отношении средний гражданин перед законом навсегда остается в роли несведущего, но покладистого ребенка перед лицом всемогущих и всезнающих родителей. Преступников и правонарушителей можно сравнить с теми детьми, которые не признают, умаляют и не уважают авторитет родителей и не слушаются их.

Есть также и такие исключительные личности, чьи моральные требования к себе выше и строже любых требований, предъяв-

ляемых к ним обществом. Их стандарты основываются скорее на идентификации с идеальными образами родителей, чем с реальными личностями. Их суперэго, руководствующееся такими стандартами, необычайно сильно благодаря тому, что вобрало в себя почти всю силу других составляющих личности. Такие люди могут с уверенностью самостоятельно судить о своих поступках и контролировать свое поведение, основываясь на собственных критериях, которые, как они знают, выше и строже общепринятых норм. И таким кружным путем формирования сильного (и нередко одержимого) характера они вновь приходят к тому, с чего начали свое развитие, а именно, начинают «самостоятельно творить законы своего поведения».

Гомосексуализм как диагноз психических расстройств у детей

Ряд понятий, связанных с антиобщественными установками, может быть применим, хотя и с некоторыми оговорками, к вопросам гомосексуальных проявлений у детей. Есть некоторая неопределенность относительно возраста, по отношению к которому можно употреблять понятие «гомосексуализм». Граница между проявлениями гомосексуализма и некоторыми стадиями нормального развития, также неопределенна. Нелегко также предугадать развитие гомосексуализма в будущем, то есть правильно оценить взаимосвязь между некой предварительной стадией, заметной в детстве, и конечным результатом ненормального полового развития.

Со времени публикации в 1905 году «Трех очерков о сексуальности» набирающая силу психоаналитическая литература неоднократно затрагивала проблему гомосексуализма под разными углами зрения. Не все из этого применимо к детям. Например, разграничение явного и скрытого гомосексуализма, важное при анализе поведения взрослых, не учитывается при разборе детской мастурбации и прочих сексуальных игр детей и даже подростков. Разграничение между пассивным и активным гомосексуализмом, вернее, между преобладанием активных и пассивных фантазий, актуально только когда мы говорим о распределении ролей в самом половом акте, а потому применимо только по отношению к взрослым. Все пространные дебаты о возможности возвращения к традиционной сексуальной ориентации также касаются только взрослого, для которого гомосексуальность являет-

ся неприемлемой для эго либо приемлемой эго. В первом случае его гомосексуальные наклонности доступны для анализа, во втором возможно только насильственное вмешательство.

Наряду с этим, некоторым важным для детского аналитика вопросам о гомосексуализме в литературе уделяется большое внимание. Детский аналитик может как почерпнуть из этих исследований нечто новое для себя, так и поделиться с их авторами своими собственными изысканиями. Здесь могут быть затронуты следующие темы: проблема *выбора объекта любви*; метод *реконструкции* во взрослом психоанализе и возможность прогнозирования гомосексуализма в детстве; а также изучение *причинности* гомосексуализма, то есть сравнение значимости врожденных и приобретенных черт.

Выбор объекта любви: возрастной фактор

Дети обоих полов испытывают либидозную привязанность к объектам как своего, так и противоположного пола. Это положение является одним из основополагающих принципов психоаналитической теории детской сексуальности. Как будет ясно из нижеследующего описания, в различные периоды детства ребенок руководствуется в выборе объекта любви разными правилами и потребностями или даже необходимостью. Так, привязанность к человеку того же пола столь же естественна, как и тяга к противоположному полу. Такая привязанность отнюдь не является признаком будущих гомосексуальных наклонностей[1].

Младенцы в начале своей жизни выбирают объекты привязанности, исходя из их функций, а не из их пола. Ребенок испытывает либидозную привязанность к матери потому, что она заботится о нем, удовлетворяет его потребности, а отец воспринимается как символ власти, защиты и т. д. Но нередко мужчина, удовлетворяющий нужды ребенка, играет в его глазах роль матери. Если же семьей руководит женщина, ребенок воспринимает ее как отца. Таким образом, нормальный ребенок независимо от своего пола испытывает привязанность к обоим родителям — как отцу, так и к матери. В строгом смысле этого слова

[1] «Напротив, психоанализ считает, что выбор объекта вне зависимости от половой принадлежности (свобода выбирать как из объектов мужского, так и женского пола), — как это и происходит в детстве, а также на примитивных стадиях развития общества в ранние периоды истории, — это первооснова, с которой, в результате ограничения с той или с другой стороны, начинается как нормальное, так и гомосексуальное развитие» (З. Фрейд, 1905).

ребенок не может быть ни гомосексуальным, ни гетеросексуальным, но в то же время, можно сказать, что он одновременно является и тем, и другим.

То, что эти отношения определяются не полом, а функциями родителей, подтверждается следующим фактом. При психоаналитической терапии пациент может перенести на аналитика как роль отца, так и роль матери, независимо от половой принадлежности врача.

В этом случае привязанность рождается из необходимости эмоциональной поддержки. Однако удовлетворение *частных прегенитальных побуждений* зависит от качеств и установок партнера, а не от его половой принадлежности. Если мать обладает искомыми качествами, то она становится основным объектом любви ребенка, поэтому мальчик на оральной и анальных стадиях развития «гетеросексуален», а девочка – «гомосексуальна»; если этими качествами обладает отец, то все происходит наоборот. В любом случае, ребенок должен пройти через эту стадию развития, на которой выбор объекта привязанности обусловлен качествами и целями доминирующего инстинкта. Эта стадия нормальна и естественна вне зависимости от того, гетеросексуальна или гомосексуальна привязанность ребенка.

В отличие от предыдущих ступеней развития, на *фаллической стадии* пол партнера обретает значимость. Этой стадии свойственна переоценка пениса. Как мальчики, так и девочки, выбирают партнера, обладающего пенисом, или у которого, как они предполагают, он должен быть («фаллическая мать»). На какой бы объект ни были направлены их инстинкты во всем остальном, они не могут избавиться от тенденции «выбирать объект по этому принципу»[1].

Эдипов комплекс сам по себе, представленный как в позитивной, так и в негативной формах, основан на понимании различий между полами. Исходя из понимания половой принадлежности партнера, ребенок выбирает объект любви так же, как это делает взрослый. Позитивный эдипов комплекс (выбор родителя противоположного пола как предпочтительного объекта люб-

[1] «...как маленький Ганс, испытывающий привязанность и к мальчикам, и к девочкам, не делая особого различия между ними. Один раз он описал своего друга Фрица как «девочку, которая ему нравится больше всех». Его гомосексуализм, как и гомосексуализм других детей, проистекал из того факта, что *он был знаком только с одним видом половых органов – таким, как его гениталии*, и никогда не забывал об этом» (З. Фрейд, 1909)

ви) соответствует взрослому гетеросексуализму, а негативный эдипов комплекс (привязанность к родителю своего пола) соответствует взрослому гомосексуализму. Поскольку оба этих проявления знаменуют собой определенные стадии нормального развития, они не свидетельствуют о наличии патологии или о возможности ее появления в дальнейшем; они просто отражают естественные бисексуальные наклонности ребенка. Тем не менее, у конкретного ребенка акцент может делаться как на позитивный, так и на негативный эдипов комплекс, и это количественное преобладание можно рассматривать как показатель будущей сексуальной ориентации индивида. Так проявляется предпочтение к тому или иному полу, заложенное еще в преэдиповый период. С одной стороны, сами родители, и то, как они справляются со своей половой ролью, посредством идентификации накладывают свой отпечаток на личность ребенка. Но в то же время фиксация агрессивно-садистских тенденций свидетельствует о том, что у мальчика, скорее всего, разовьется позитивный эдипов комплекс и дальнейшая гетеросексуальность, фиксация пассивных анальных и оральных стремлений указывает на негативный эдипов комплекс и возможный гомосексуализм.

В целом в течение фаллического эдипового периода определить дальнейшую сексуальную ориентацию ребенка по его поведению проще всего.

С вступлением в *латентный период* этот аспект жизни либидо ребенка снова исчезает из виду. Конечно, в этот период сохраняются остаточные явления эдипового комплекса, которые и определяют привязанности ребенка. Это особенно ярко выражено у детей, страдающих неврозами, поскольку они не сумели справиться с проблемами, связанными с эдиповым комплексом, и избавиться от своей эдиповой привязанности к родителям. Но наряду с этим существуют свойственные периоду замещающие, или сублимированные, тенденции, для которых вопрос половой принадлежности не имеет принципиального значения. Доказательством этого положения может служить отношение детей к учителям – они их любят, обожают, не любят или вовсе отвергают независимо от того, мужчины это или женщины. Ребенка в этом возрасте привлекают преподаватели, всегда готовые прийти на помощь, похвалить и поощрить его и отталкивают жестокие, проявляющие неприятие и внушающие страх.

Здесь можно совершить диагностическую ошибку, потому что интересы ребенка в этот период направлены не в ту сторону,

в которую они устремятся во взрослом возрасте. Мальчик, общающийся исключительно со сверстниками своего пола, избегающий и презирающий девочек, не станет гомосексуалистом в будущем, хотя так может показаться из-за его поведения. Как раз напротив, такая привязанность к мальчикам и презрение к девочкам, и нежелание с ними общаться считаются показателями нормального развития мальчика, то есть признаками его будущей гетеросексуальности. В этом возрасте гомосексуальные наклонности выражаются в том, что мальчик предпочитает играть с девочками и что ему нравятся их игрушки, которые он даже пытается присвоить себе. Таким же образом следует истолковывать поведение девочек в латентный период, ищущих общества мальчиков только в том случае, если у них самих мальчишеский характер. В основе такого поведения лежат зависть к обладателям пениса и мужские желания, но отнюдь не женское стремление к общению с представителями противоположного пола. Поведение, которое на первый взгляд может показаться гомосексуальным, на самом деле гетеросексуально, и наоборот. В этой связи не следует забывать, что в латентный период выбор партнеров для игры (то есть выбор среди своих ровесников) основывается на идентификации, на своем сходстве с ними, а не на выборе объекта любви в узком смысле этого слова. При этом пол может как совпадать, так и не совпадать.

В *предподростковом* и *подростковом возрасте* гомосексуальные наклонности проявляются более или менее регулярно, существуют бок о бок с гетеросексуальными и не являются показателями будущей патологии. В какой-то степени такие проявления следует расценивать как возвращение к прегенитальной бисексуальности, которая снова набирает силу с наступлением отрочества вместе с оживлением других прегенетальных и преэдиповых установок. Гомосексуальный выбор в подростковом возрасте также связан с тем, что отклонившееся в латентный период от своей первичной сексуальной цели либидо теперь снова начинает проявлять интерес к собственной персоне и идентифицировать себя с объектом привязанности. В этом смысле этот объект напоминает не столько самого подростка, сколько его идеальное «я», понятие, неизменно включающее в себя его идеальное представление о своей половой роли. Такая дружба подростков по всем внешним признакам похожа на гомосексуальную привязанность и нередко воспринимается окружающими как предвестник сексуальных отклонений. Но с точки зрения физиоло-

гической психологии это — нарциссическое явление, связанное с различными шизофреническими симптомами подросткового периода, и свидетельствует скорее о глубокой регрессии, чем будущей половой роли индивида.

Сравнение: прогноз и реконструкция

По сравнению с незначительным количеством находок, сделанных в рамках прогностического подхода к развитию детского либидо, реконструкция, проводимая в ходе анализа взрослых гомосексуалистов, предоставляет массу достоверных данных, которые показывают отношение различных проявлений скрытой и явной гомосексуальности к ее детским корням. В психоаналитической литературе происхождение гомосексуальности обсуждается вместе с рассмотрением следующих сфер личностного развития, периодов и опыта:

— врожденные склонности индивида, например, бисексуальность как инстинктивная основа гомосексуальности (Freud, 1905; Bohm, 1920; Sadger, 1921; Bryan, 1930; Nunberg, 1947; Gillespie, 1964);

— нарциссизм индивида, создающий потребность избрания себя в качестве сексуального партнера (Ferenczi, 1911; Lewin, 1933);

— связь гомосексуальности с оральными и анальными прегенитальными стадиями (Bohm, 1933; Grete Birbing, 1940; Sadger, 1921; Lewin, 1933);

— переоценка пениса на фаллической стадии (Freud, 1909; Sadger, 1920; Jones, 1932; Lewin, 1933; Loewenstein, 1935; Fenichel, 1936; Pasche, 1964);

— влияние чрезмерной влюбленности и зависимости от матери или отца или чрезмерная враждебность к одному из них (Freud, 1905, 1918, 1922; Sadger, 1921; Weiss, 1925; Bohm, 1930, 1933; Wulff, 1941);

— травмирующие наблюдения женских половых органов и менструации (Daly, 1928, 1943; Nunberg, 1947);

— зависть к материнскому телу (Bohm, 1930; Melanie Klein, 1957);

— ревность к братьям-соперникам, которые последовательно превращаются в объекты любви (Freud, 1922; Lagache, 1950).

Несмотря на такие многочисленные и хорошо документированные связи между инфантильным прошлым и настоящим взрослого человека, реконструированные данные не могут быть использованы для раннего определения развития гомосексуаль-

ных тенденций у детей. Причина, по которой это нельзя сделать, становится очевидной всякий раз, когда мы исследуем в деталях один из типов гомосексуальности, например, пассивного мужчину-гомосексуалиста (исполняющего роль женщины), чья психопатология была тщательно изучена в течение длительной аналитической терапии.

Этот тип гомосексуальности характеризуется связью с матерью, нежеланием и неспособностью вступать и доводить до конца сексуальные отношения с женщинами. Также для него свойственна сексуальная активность по отношению к мужчинам, которые обычно принадлежат к более низкому социальному слою. Их общество оказывается предпочтительным из-за их маскулинных телесных признаков, таких, как накачанные мышцы, волосатое тело и т. д. В ходе анализа становится ясно, что эти гомосексуальные симптомы коренятся в страстной привязанности к матери. Эта привязанность определяла все младенчество и детство, включая оральную, анальную и фаллическую стадии, а также имела влияние за их пределами. Другой источник данной симптоматики — сильный страх женского тела, обычно приобретенный в ходе травмы — наблюдения половых органов матери или сестры. Еще одна причина появления этих симптомов связана с периодом очарования и восхищения пенисом отца.

Эти элементы несомненно относятся к тем, которые в прошлом оказывали на индивида, ставшего гомосексуалистом, патогенное влияние. Тем не менее они могут не использоваться для прогнозирования гомосексуальности, если составляют часть более широкой клинической картины ребенка. Будучи далеки от ненормальных или необычных проявлений, они, напротив, являются регулярными и неотъемлемыми элементами развития каждого мальчика. Тесная связь с матерью, которая угнетает будущего гомосексуалиста тем, что увеличивает страх перед отцом-соперником, усиливает страх кастрации и обуславливает его регрессию к анальной и оральной зависимости. В то же время является центральным звеном положительного эдипова комплекса, который представляет собой нормальный этап на пути к взрослой гетеросексуальности. Каждый мальчик, впервые увидев женские половые органы, переживает шок. Позднее это переживание превращается у гомосексуалиста в отвращение ко всем особенностям женского пола. Но этот шок — обычное и неизбежное событие, его возникновение относится к тому времени, когда мальчик начинает верить, что у всех человеческих существ, так

же как и у него, есть пенис. В норме, открытие различия полов означает для мальчика не более чем временное усиление страха кастрации. Это даже может привести к здоровому усилению защиты от его собственных фемининных желаний и идентификаций, может укрепить его гордость, связанную с обладанием пенисом, и разве только увеличит жалость и презрение к кастрированной женщине, что является истинной маскулинной характеристикой мальчика, находящегося на фаллической стадии. Наконец, восхищение большим пенисом, который определяет любовную сторону жизни этого типа пассивного гомосексуалиста, вопреки всему остальному, также является нормальной промежуточной стадией в отношениях любого мальчика с его отцом. Будущий гомосексуалист застревает на этой стадии и продолжает наделять выбранных им мужчин всеми желаемыми знаками мужской силы и потенции, в то время как нормальный мальчик перерастает эту стадию, отождествляясь с отцом как обладателем пениса, переносит его мужские характеристики и гетеросексуальные установки на свою личность и свою будущую половую идентичность.

Другими словами, те элементы детства, которые в упомянутых случаях привели к специфическому гомосексуальному результату, не исключают иного или даже противоположного исхода в других случаях. Очевидно, что направление развития определяют не главные события младенческой жизни и их сочетания сами по себе, а множество сопутствующих обстоятельств, о последствиях которых трудно судить как ретроспективно в анализе взрослых, так и прогностически в оценке детей. Эти обстоятельства включают внешние и внутренние, количественные и качественные факторы. Заставит ли мальчика любовь к матери подавить его агрессивное мужское начало ради нее, или это будет первым шагом на пути к зрелости и мужественности — зависит не только от него самого, например, от здоровой природы его фаллических побуждений, интенсивности страха кастрации и желаний, от количества либидо, вложенного в точки фиксации на той или иной стадии развития. Результат также зависит от личности матери и ее действий, от количества доставленных удовлетворений и привнесенных фрустраций, с помощью которых она управляла ребенком на оральной и анальной стадиях, в процессе кормления и приучения к туалету, от ее собственного желания сделать ребенка зависимым от нее или от ее гордости по поводу достижения им самостоятельности и независимости,

и последнее по списку, но не последнее по значению – от ее принятия или отвержения, нетерпимости по отношению к его фаллическим устремлениям к ее персоне. Ни один мальчик не может избежать шока кастрации, будь таковой результатом угрозы, наблюдения, операции, фаллической мастурбации, пассивно-фемининных желаний по отношению к отцу, чувства вины и т. д. Страх кастрации и пассивные стремления, в свою очередь, оказываются под влиянием подавляющего или соблазняющего отношения отца, зависят от того, подходит или не подходит отец на роль образца мужественности. В семьях без отца наблюдается недостаток сдерживающего эдипова соперничества. Это обстоятельство усиливает тревожность и вину на фаллической стадии, а также стимулирует женоподобность. В этой ситуации мальчик часто фантазирует, будто его отец был удален матерью в качестве наказания за мужскую агрессию, и это также нарушает нормальные гетеросексуальные установки мальчика.

Что необходимо учитывать и что может повести сексуальное развитие в том или ином направлении, так это чисто случайное стечение обстоятельств, таких, как несчастные случаи, соблазны, болезни, потеря объектов вследствие их смерти, легкость или трудность нахождения гетеросексуального объекта в зрелом возрасте и т. п. Так как такие события непредсказуемы и могут повлиять на жизнь ребенка в любое время, то они расстраивают все прогнозы и подсчеты, которые были сделаны заранее.

Аспекты нормального развития, способствующие и препятствующие гомосексуальности

Согласно предыдущим аргументам, представляется более предпочтительным рассуждать о взрослой гомосексуальности не в терминах инфантильных предпосылок, а в терминах влияний, способствующих или препятствующих развитию гомосексуальности. Такое рассуждение основано на предположении, что в течение детского развития гомосексуальные наклонности регулярно и полноценно взаимодействуют с нормальной гетеросексуальностью, и каждая из этих тенденций вносит свой вклад в прохождение ребенком стадий психосексуального развития.

С этой точки зрения можно сказать, что гомосексуальному развитию способствуют следующие факторы:

1) бисексуальные тенденции, которые рассматриваются как часть врожденной конституции. Они обуславливают наличие у

индивидов психологических характеристик не только их пола, но и противоположного, что дает им возможность выбирать объекты любви или предлагать себя в качестве таких объектов, не только среди противоположного, но и их собственного пола. Эта врожденная бисексуальность усиливается преэдиповым периодом за счет отождествления себя с обоими родителями и составляет конституциональную основу для любых гомосексуальных отклонений, которые появятся позже;

2) первичный и вторичный нарциссизм индивида, то есть либидозный катексис его собственного «Я». Поскольку выбор объекта в позднем детстве следует этому исходному нарциссическому паттерну, партнеры будут выбираться на основании схожести с собственной персоной, включая и сходство по половому признаку. Такая гомосексуальность, или, говоря более строго, нарциссические отношения характеризуют латентный период и некоторые стадии предподросткового и подросткового возраста;

3) анаклитическая объектная привязанность младенца, для которого пол является второстепенным фактором. Это имеет особое значение для женской гомосексуальности с момента, поскольку девочка может зафиксироваться на этой стадии;

4) либидинизация ануса и обычные пассивные тенденции анальной стадии, обеспечивающие обычную основу для феминнной идентификации мальчика;

5) зависть к пенису, обеспечивающая основу для мужской идентификации девочки;

6) переоценка пениса на фаллической стадии, которая затрудняет или делает невозможным для мальчика принятие «кастрированного» объекта любви;

7) негативный эдипов комплекс, который обычно представляет «гомосексуальную» фазу в жизни и мальчиков, и девочек.

В противоположность перечисленным выше факторам, которые направляют индивида к гомосексуальности, есть еще и другие факторы, которые работают в обратном направлении и защищают данного человека от этого выбора:

1. Гетеросексуальные и гомосексуальные стремления количественно конкурируют друг с другом на протяжении всего детства. Все, что способствует развитию гетеросексуальности, в той же степени препятствует развитию гомосексуальности. Например, возрастание гетеросексуальности, которое связано со вступлением мальчика в фаллическую стадию и позитивный эдипов комплекс, автоматически снижают любые гомосексуальные

наклонности, оставшиеся с периода анальной пассивности. Такое же снижение гомосексуальной тенденции может произойти и на определенных стадиях юношества благодаря притоку генитальной маскулинности, что направляет мальчика к гетеросексуальному выбору объекта.

2. Очень сильный страх кастрации, приводящий некоторых мужчин к избеганию женщин и к гомосексуальности, у остальных выступает как противодействие негативному эдипову комплексу и барьер против гомосексуальности. Поскольку пассивные фемининные желания, направленные на отца, предполагают для их осуществления принятие кастрации, они избегаются такими мальчиками любой ценой. Это часто приводит к псевдомаскулинности, которая является реакцией на кастрационную тревогу и сексуальной агрессивности по отношению к женщинам. Последняя отрицает возможность кастрации и наличие любых фемининных желаний и последовательно блокирует любые открытые проявления гомосексуальности.

3. В то время как необоснованная регрессия к анальной стадии способствует развитию у мужчины пассивных фемининных гомосексуальных установок, формирование реакции против анальной области, особенно отвращение, эффективно блокируют путь к гомосексуальности или, в конце концов, к ее проявлениям. В анализе взрослых такие мужчины проявляются как «несостоявшиеся гомосексуалисты».

4. Наконец, «тенденция к полному развитию» и «биологическому соответствию» (Edward Birbing, 1936), которая заставляет индивидов предпочитать нормальное ненормальному, может рассматриваться как фактор, играющий против гомосексуальности.

В целом, баланс между гетеросексуальностью и гомосексуальностью в течение всего периода детства такой непрочный, так легко перевешивает то одна, то другая тенденция в зависимости от многочисленных влияний, что мнение «окончательная сексуальная ориентация личности не может быть ясна до завершения пубертата» (S. Freud, 1905) все еще остается в силе.

Другие перверсии и склонности как диагностические категории в изучении детства

Существуют другие диагностические категории, которые не могут быть прямо применены к детям. К ним относятся такие перверсии, как трансвестизм, фетишизм, вредные привычки.

Причина этого, как и в случае любых *перверсий*, очевидна. Поскольку детская сексуальность как таковая по определению является полиморфно перверсивной, обозначение ее специфических аспектов как перверсий — это в лучшем случае неточное использование термина, если это не подразумевает абсолютно неверное понимание развития сексуального инстинкта. Вместо того чтобы определять конкретный детский феномен как извращение, что делают даже аналитики, необходимо в этих случаях переформулировать диагностические вопросы. Нас должно интересовать, какой компонент и при каких условиях отклоняется. Мы должны задаться вопросом о том, какова вероятность, что та или иная тенденция пройдет через все детство, например, когда эти отклонения нужно рассматривать как истинные предвестники соответствующих перверсий у взрослых.

Что касается поведенческих проявлений, наблюдаемых при некоторых клинических картинах у детей, они почти идентичны тем, которые наблюдаются при взрослых нарушениях. Тем не менее, это очевидное сходство не должно подразумевать соответствующую метапсихологическую идентичность. У взрослых диагнозы перверсий означают, что первенство гениталий никогда не было установлено или никогда не поддерживалось, то есть в сексуальном акте прегенитальные компоненты не были редуцированы к роли исключительно предварительных или способствующих факторов. Такое определение оказывается несостоятельным, если применяется до наступления периода зрелости, то есть в возрасте, когда еще нет речи о половых сношениях и пока равенство прегенитальных и генитальных зон принимается как данность. Следовательно, индивиды до юношеского возраста не являются извращенцами в том смысле слова, в котором оно применяется к взрослым. Их соответствующая симптоматика должна рассматриваться в ином свете.

Клинический опыт предполагает, что эта симптоматика может быть объяснена отклонением от нормального развития, идущего по двум основным направлениям, которые мы назовем хронологическим и количественным.

Хронология нарушается, если функциональное значение тех или иных частей тела, отвечающих за эротическую стимуляцию не ограничивается конкретным периодом времени, соответствующим нормальной последовательности развития либидо. В отличие от хорошо известных более поздних регрессий в этом случае любая из областей тела может долго и неизменно оставаться в роли источ-

ника удовольствия и не уступать зонам, которые являются следующими по порядку согласно законам взросления и созревания. В этом отношении детский *кожный эротизм* – четкая иллюстрация. В начале жизни ребенка поглаживают, обнимают, ласкают, нежно касаются. Все эти прикосновения наделяют энергией либидо различные части детского тела, помогают ему строить образ здорового тела и телесного Я, увеличивают его катексис с помощью нарциссического либидо и одновременно способствуют развитию объектной любви, укрепляя связь матери и ребенка. Нет сомнений, что в этот период поверхность кожи в роли эрогенной зоны выполняет многочисленные функции в росте ребенка.

С другой стороны, по окончании периода младенчества эти функции, как правило, становятся ненужными. Кожный эротизм меняет свой характер, если его удовлетворение остается главной заботой ребенка после того, как были достигнуты анальная и фаллическая стадии. Затем кожа может оставаться источником эротической стимуляции, в то время как высвобожденное сексуальное возбуждение развивается и достигает различных уровней. Мальчик, находящийся на эдиповой стадии, может, например, страстно желать кожного контакта с матерью. Однако, будучи удовлетворенным реально или в фантазии, он высвобождает свое возбуждение в фаллической мастурбации, подобно взрослому, который высвобождает свое возбуждение из экстрагенитальных источников через канал полового оргазма. Именно это расхождение между источником стимуляции и выходом возбуждения создает видимость извращения в некоторых детских случаях[1].

Что касается *количественного аспекта*, то есть отклонений от нормальной интенсивности частичных влечений, существуют общие «вариации нормы» в рамках детской полиморфно перверсивной природы. В любой период детства та или иная тенденция детской сексуальности или проявление детской агрессивности могут быть необычными по силе и играть доминирующую роль. Это может быть следствием врожденной конституции. Клинический опыт показывает, например, что необычно сильные оральные побуждения часто обнаруживаются у детей,

[1] Это положение дел было очень ясно проиллюстрировано в анализе мальчика, проведенном Изабель Паре в детской клинике в Хэмпстеде. Анализ начался, когда мальчику было 2,5 года, и закончился, когда ему было 4,5. В этом случае можно было проследить, как окружение влияло на стремление ребенка к поглаживаниям; в данном случае — склонность его собственной матери к телесному контакту с ребенком.

чьи родители являются наркоманами, алкоголиками или страдают маниакально-депрессивным неврозом. Также известно, что у больных неврозом навязчивости дети демонстрируют чрезмерно сильные анальные тенденции, которые, будучи врожденными, усиливаются действиями родителей при приучении ребенка к туалету и чистоте. Конечно, увеличение силы инстинктов может быть также связано исключительно с влияниями среды, такими, как неправильное воспитание, совращения, недостаток контроля и руководства и т. д. Чаще всего причина чрезмерного усиления частичного влечения лежит во взаимодействии внешних факторов с внутренними, такими, как относительная слабость эго или суперэго в борьбе с инстинктами, или, напротив, чрезмерная строгость суперэго, которая выражается в избыточной защите. Распространенный пример – мальчики, находящие на фаллической стадии развития, которые считают, что недостаточно подавляют свои пассивно-фемининные стремления. Отражая страх кастрации, который в их случае усиливается желанием кастрации, они открыто демонстрируют все противоположные тенденции. В результате этого они производят впечатление мужественных, агрессивных и считаются по их поведению фаллическими *эксгибиционистами*. Тем не менее, несмотря на сходство в поведении, существует важное отличие. Их эксгибиционизм вызван действиями эго, направленными на защиту и восстановление уверенности в себе, тогда как эксгибиционизм взрослых имеет своей целью получение сексуального удовлетворения, то есть является настоящей перверсивной активностью.

Вредные привычки

В случае с вредными привычками также можно наблюдать количественный рост, благодаря которому в остальном вполне нормальные тенденции воспринимаются как «извращенное» поведение. Дети очень часто сильно любят сладкое, что напоминает пристрастие взрослых к алкоголю или наркотикам. Они испытывают всепоглощающее желание, используют удовлетворение от желания как противоядие от тревожности, депривации, фрустрации, депрессии и т. д., так же как и взрослые. И, так же как и взрослые, они готовы пойти на все: обмануть или украсть, только чтобы обладать желаемым предметом. Но при всей поверхностной схожести метапсихологическая подоплека отличается двумя моментами. Детская любовь к сладостям сравнитель-

но простое, открытое выражение частичного влечения. Она коренится в неудовлетворенных или сверхстимулированных желаниях оральной фазы, желаниях, которые чрезмерно разрослись, и благодаря их количеству определяют либидозные проявления. В дальнейшей жизни эти желания обычно смещаются со сладостей на другие объекты. Они находят выход, например, в большом потреблении воды, в других случаях – в переедании, в обжорстве, возможно, в курении. Со стороны либидо они выражаются в предпочтении объектных отношений, дающих поддержку и утешение. Ни одно из этих проявлений само по себе не попадает в категорию вредных привычек. Настоящая пагубная привычка во взрослом смысле этого слова – это более комплексная структура, в которой к оральным желаниям добавляется действие пассивно-фемининных и саморазрушительных тенденций. У взрослых, имеющих такие пристрастия, желаемый объект представляется не только как предмет или материя, которые хороши, помогают, укрепляют, как сладости для ребенка. Но они одновременно опасны, очень сильны, ослабляют человека, обессиливают и кастрируют. Именно так действуют алкоголь или наркотики. Это смешение двух противоположных мотивов: желания быть сильным и слабым, активным и пассивным, мужественным и женственным. Это связывает пристрастие взрослого с объектом его привычки таким образом, аналога которого нет у более раннего и позитивно направленного желания ребенка.

Трансвестизм

Либидо-экономические факторы также играют свою роль в искажении и преувеличении определенных склонностей, которые характерны для всех детей, и тем самым создают феномен трансвестизма, который можно довольно часто обнаружить в детстве. Возрастание силы здесь относится либо к мужской, либо к женской части детской натуры.

Интерес к одежде взрослых того же или противоположного пола — характерная для детства черта. Популярная игра «в одевание», когда дети всячески украшают себя, дает им возможность представить себя в роли отца или матери, брата или сестры, или вынести в игру любое из занятий, символизирующих роль родителей. Зонт, трость или шляпа, принадлежащие отцу, достаточны для превращения ребенка в папу; сумочка, туфли или губная помада делают из ребенка маму. Шлемы космонавтов или пилотов, кепки водителей автобусов, экипировка краснокожих, униформа медсестер и т. д. – это принятые социумом игрушки,

придуманные для создания иллюзии, будто ребенок может обменять свою личность на ту, которой он восхищается, надев необходимую одежду. Половые различия легко нарушаются в этих играх-фантазиях, особенно у девочек. Предметы одежды, выбираемые для игры, так же часто символизируют статус, как и пол.

За пределами игры у девочек на стадии зависти к пенису так часто встречается предпочтение брюк и другой одежды мальчиков, что это уже рассматривается как нормальная возрастная особенность. Это не повод для беспокойства, исключая те случаи, когда девочка полностью отказывается носить женскую одежду и фактически становится неспособной надевать женские наряды ни в какой ситуации. Это считается знаком того, что ее зависть к пенису, ее маскулинные стремления и отвержение ее собственной женственности достигли необычной высоты. Но даже в этих крайних случаях было бы ошибкой рассматривать эти симптомы как аналог взрослого женского трансвестизма. Поведение таких девочек — это не сексуальные проявления, они не сопровождаются ни мастурбацией, ни фантазиями о мастурбации, ни чем-либо другим, направленным на сексуальное возбуждение. Вместо этого их поведение служит целям воображения и идентификации с мальчиками до такой степени, что они на самом деле принимают эту роль в повседневном поведении, защищаясь от зависти и соперничества, от самоуничижения из-за чувства кастрированности, от вины, которая вызвана мастурбацией. В этом случае «трансвестизм» девочки, проходящей фаллическую стадию, настолько же является функцией ее защитной системы, насколько выходом маскулинной стороны ее бисексуальности.

Нет полного сходства в поведении мальчиков и девочек. Очевидно, в условиях нашей культуры не существует таких условий, которые вызывали бы у мальчиков желания одеваться как девочки. В отдельных случаях, где такое поведение встречается, оно производит впечатление ненормального и обычно расстраивает родителей, являясь зловещим знаком будущего сексуального отклонения.

В небольшой коллекции подобных случаев[1] клиническая картина может показаться довольно однообразной. Эти симптомы появляются в возрасте от трех до пяти лет. Женственное поведение мальчика варьируется от желания быть девочкой, иметь женское

[1] Они наблюдались в детской терапевтической клинике в Хэмпстеде во время диагностической процедуры или во время аналитической терапии.

имя, играть с девочками в куклы, давать женские имена мягким игрушкам и т. д., до действительного переодевания в одежду или нижнее белье матери, сестры или любимой няни, причем предпочитается красивая, чисто женская одежда с оборочками. Когда женская одежда недоступна, отдельные предметы собственной одежды мальчика могут использоваться так, чтобы имитировать изящную талию молодой девушки — мальчик перехватывает блузку ремнем на талии и т. д. Иногда это демонстрируется открыто, в других случаях одежду прячут под кроватью и надевают тайно по ночам. Будучи застигнутым мальчик либо рационализирует свое поведение, либо отрицает вину, либо даже «патетически кричит», как рассказала одна мама.

Внешние обстоятельства в подобных случаях очень схожи. Как правило, имеет место некоторое давление, склоняющее к предпочтению женственности. Это происходит, если мать открыто предпочитает старшую или младшую сестру или признает, что она хотела девочку до того, как родился мальчик. Или, как это выразил мальчик разведенных родителей, мама «не любит мужчин, потому что она не любит папу». Часто мать тайно потакает сыну, доходя до того, что согласно его желанию покупает ему пальтишки в оборочку, рационализируя это тем, что «сохранение мира между братом и сестрой важнее» и т. д. Отделение от любимого женского объекта (матери, любимой няни) – другое часто встречающееся и значимое внешнее обстоятельство.

В соответствии с открытым поведением и влияниями среды в анализе мальчиков были установлены разные по степени значимости примеры трансвестизма. Надевание женской одежды — это попытка заслужить материнскую любовь, обойдя предпочитаемую, по мнению мальчика, сестру. Другими словами, это способствует полному отрицанию фаллической маскулинности мальчика, которое, как ему кажется (верно или неверно), нежелательно для матери. То есть это сохраняет внутреннюю либидозную связь по отношению к потерянному объекту любви путем частичной идентификации с ним.

Конечно, верно, что, как и в случае девочки, поведение мальчика-трасвестита основывается на количественных изменениях в экономике либидо. Без чрезмерного усиления женских склонностей гордость мальчика его собственной мужской одеждой не могла бы одержать верх, и выражения той же самой зависти, ревности, соперничества, ухаживаний за матерью, защиты от отделения, тревожности и т. д. должны были бы найти другой вы-

ход. Более того, трансвеститное поведение у детей обоих полов может быть, вероятно, объяснено в терминах детской фиксации на уровне, на котором часть объекта принимается как заменитель целого. На этом уровне легко происходит переход от тела (мужского или женского) до покрывающей его одежды, например, фиксация на фазе развития, в которой коренится символизм одежды (Flugel, 1930).

С точки зрения прогностической значимости трансвеститного поведения его не нужно рассматривать как угрожающее более или менее, чем любое другое выражение детских бисексуальных конфликтов или бисексуальной дисгармонии. Если у девочек это связано со стадией зависти к пенису, то у мальчиков – с фазой фемининности в анально-пассивном периоде, с негативным эдиповым комплексом или регрессией к этим отношениям. Поскольку трансвеститное поведение служит целям защиты от тревожности (страха отделения, страха потери любви, фаллическим опасностям), то нет причины ожидать, что оно будет продолжаться дольше, чем все фазы, в которых эти страхи проявляются наиболее интенсивно. Только в тех случаях, где трансвеститное поведение само по себе является выходом детской сексуальности, например, где это сопровождается верными знаками сексуального возбуждения, оно может быть рассмотрено как истинный аналог и предвестник соответствующей перверсии. Возможно, в этом смысле важны те примеры, где активность держится в тайне (в постели, ночью). Но без прямых доказательств, подкрепленных эрекцией, мастурбацией и т. д., точное значение трансвестизма в сексуальной жизни ребенка трудно оценить и проверить, даже в случаях анализа[1].

Фетишизм

Как было показано в предыдущих разделах, детское открытое перверсивное поведение в той же мере может быть частью его системы защиты, в какой выражением его сексуальных потребностей. Этот двойственный аспект становится еще более очевидным в феномене, описанном как фетишизм у детей, который получил заслуженное внимание в психоаналитической литературе[2]. Хотя существует много разногласий в немаловажных вопросах, боль-

[1] В связи с этим см. также Charles Sarnoff (1963) — обсуждение статьи М. Сперлинг (Melitta Sperling) «Анализ мальчика-трансвестита» («The Analysis of a Transvestite Boy»).

[2] См. Melitta Sperling, «Fetishism in Children» (1963) с прилагаемой библиографией.

шинство авторов разделяют мнение, что, хотя «детский фетишизм напоминает фетишизм взрослых», детский фетиш – это «только стадия в процессе, которая может привести, а может и не привести к взрослому фетишизму» (Sperling, 1963). Вульф (Wulff, 1946) выражает это очень убедительно, говоря, что эти «ненормальные проявления... в преэдиповой стадии по своей психологической структуре не что иное, как простое реактивное образование на запрещенные или неудовлетворенные инстинктивные импульсы». Он утверждает, что в то время как «проявления фетишизма у маленьких детей довольно распространены», их психологическая структура «отличается» от взрослого фетишизма. Здесь, как в и случаях, описанных выше, очевидно, что использование того же термина для проявлений у детей и взрослых ведет к ошибочным утверждениям, что схожесть поведения между ними обусловлена соответствующей метапсихологической идентичностью.

Что у ребенка со взрослым фетишистом есть общего, так это тенденция катектировать некоторый предмет или некоторую часть его собственного тела или тела другого человека с большим количеством или нарциссического, или объектного либидо. В зависимости от силы катексиса предмет или часть тела принимает статус объекта или его части, удовлетворяющего потребность, и становится неотъемлемым от индивида. Во взрослой психопатологии эта ситуация хорошо известна аналитикам. У взрослого фетишиста часть объекта, символизируемого фетишем, признается как воображаемый пенис фаллической матери, с которым индивид связан сексуальным удовлетворением. Рассматривая пассивных гомосексуалистов, я указала ранее, что пенис мужчины-партнера сам по себе может иметь статус фетиша, представляя собственные мужские атрибуты индивида, которые были перемещены на другого мужчину. Сексуальное возбуждение и сексуальное удовлетворение в этом случае также неразрывно связаны с фетишем, который ищется по принуждению. При отсутствии фетиша индивид страстно желает сексуального удовлетворения, он чувствует себя лишенным чего-то и кастрированным.

Именно в этом отношении различие между собственно взрослым фетишем и детским гиперкатектированным объектом-фетишем становится первостепенным. В то время как фетиш взрослого служит единственной цели и играет центральную роль в извращенной сексуальной жизни, фетиш-объект ребенка имеет множество символических значений и обслуживает целый ряд разнообразных целей ид и эго, меняющихся в зависимости от

стадии развития, на которой в данный момент находится ребенок. Во время кормления грудью и отнятия от груди, например, любой предмет (такой, как кукла и др.) может стать гиперкатектированным и неотъемлемым, что, с одной стороны, обеспечивает детское оральное удовольствие, а с другой — предотвращает или снижает рост страха отделения, за счет того, что гарантируется непрерывное удовлетворение. Согласно Вульфу (Wulff, 1946), ценность фетиша в это время заключается в том, что он «представляет замену тела матери и особенно ее груди». На следующей стадии гиперкатектированный предмет, обычно в форме мягкой игрушки, подушки, одеяла и т. д., становится «промежуточным объектом» (Winnicot, 1953). Он наполнен в равной степени нарциссическим и объектным либидо. Этот предмет в целях распределения либидо заполняет разрыв между собственной личностью ребенка и его матери. Согласно Винникоту, эти феномены свойственны детской природе и являются «частью нормального эмоционального развития». Согласно Мелитте Сперлинг (1963) они являются «патологическими проявлениями специфического нарушения в объектных отношениях». На них оказывают прямое влияние бессознательные чувства матери и ее открытое отношение. Это же провоцирует их развитие.

Именно у маленьких детей встречаются трудности в вечернее время, когда пора ложиться спать. Эти «промежуточные» или «фетишистские» объекты играют особенно полезную роль в установлении обязательных условий для засыпания, а именно: перевод интереса от мира объектов на себя. Многие дети не могут заснуть без непосредственной близости их драгоценного объекта и становятся глубоко подавленными при потере объекта или его измененном местоположении. В таких случаях многие матери активно ищут ответ на очевидное детское чувство депривации. Мелитта Сперлинг ставит вопрос, почему ребенок может «быть так привязан к ничего не стоящему предмету, что он становится для него важнее матери». Она делает вывод, что это не могло бы случиться без активного согласия матери. Мы приходим к другому ответу, если (согласно Винникоту) придаем достаточный вес смягчающим свойствам промежуточного объекта, в котором преимущества любви к себе соединяются с преимуществами объектной любви; более того, к его значимости как постоянно контролируемого владения, в противоположность матери, которую ребенок не может контролировать, и чьи независимые приходы и уходы, появления и исчезновения угро-

жают ему чувством небезопасности и тревогой отделения. Вопреки точке зрения, согласно которой мать играет определенную роль «в генезисе фетишистского поведения и в выборе фетиша» (Sperling, 1963), можно утверждать, что все предположения на ее счет оставались бы неэффективными, если бы они не совпадали с собственными колебаниями ребенка, которые обусловлены развитием. Это колебания между аутоэротизмом, нарциссизмом и объектной любовью.

Существует много более или менее очевидных отношений, в которых фетишистский объект связан с другими аспектами детской полиморфно перверсивной сексуальности. Специфические качества фетиша, такие, как текстура, связывают этот объект с ранним кожным эротизмом ребенка, которому он служит в качестве предмета, который надо ритмично почесывать, гладить, касаться и т. д. Его запах, особенно если это запах тела, образует важную связь с практикой трансвестизма. Фетиш благоприятствует этой практике тем, что определяет тип одежды или нижнего белья, которые выбираются для ношения. На стадии анального садизма мягкие игрушки в качестве промежуточного объекта обеспечивают полное выражение возрастающей детской амбивалентности, предлагая безопасный выход последовательности любовных и враждебных чувств, направленных на один и тот же объект. Только во время фаллической фазы (Wulff, 1946) фетиш, наконец, становится тождественным воображаемому пенису матери, отца или самого ребенка.

Как долго этот детский псевдофетишизм является предстадией и последующей реальной перверсией – остается вопросом, на который до сих пор ни один автор не дал удовлетворительного ответа. С точки зрения анализа соответствующих взрослых случаев — нет сомнений в раннем происхождении их фетиша и его устойчивой природы, безотносительно к тому, представлен ли он частью тела, особенным кусочком или частью одежды, ботинком или перчаткой или, в особенных случаях фетишизма у взрослых[1], шумом, который, если проследить его путь, был произведен матерью. С другой стороны, с позиции клинического опыта работы с детьми равно очевидно, что количество детских фетишей намного больше, чем истинных фетишей в будущем. Это означает, что многие инфантильные феномены фетишизма связаны с особенными фазами развития и исчезают, когда специфи-

[1] Эти случаи были проанализированы автором.

ческие потребности ид или эго, обслуживаемые ими, с возрастом исчезают.

Как было упомянуто выше, в случае трансвестизма ближайшие ко взрослым перверсиям формы практики, а следовательно, и наиболее постоянные, — это те, в которых рассматриваются не защита и эго, а первостепенно важные инстинктивные потребности, например те, которые с самого начала сопровождались безошибочными знаками сексуального возбуждения и служили в качестве главного выхода, вокруг которого была организована вся сексуальная жизнь ребенка. В литературе нет недостатка в описании такого рода случаев[1].

Предсказание исхода

Учитывая множество включенных элементов, невозможно предсказать с какой-либо долей точности дальнейшую судьбу частных направлений, которые отклонились от нормы одним из указанных способов. Вопрос остается открытым, войдет ли тенденция в конечном итоге в правильное русло и прибудет под приматом генитальности, или она останется независимой и в дальнейшем станет ядром настоящей перверсии. Нет уверенности в ее окончательной судьбе до наступления юности. Даже тогда результат будет зависеть от следующих факторов:

будет ли генитальное влечение, которое устанавливается в период полового созревания, слабым или сильным, то есть способным или неспособным доминировать над прегенитальными тенденциями;

будет ли регрессивное влияние либидо, оставшегося на местах прегенитальной фиксации, достаточно сильным, чтобы вредить генитальности и ослаблять ее;

сможет ли прогрессивное желание быть «большим» и взрослым перевесить регрессивную привлекательность раннего удовлетворения;

сможет ли объективный мир предложить возможности для взрослого сексуального удовлетворения или первые генитальные мотивы будут фрустрированы и т. д.

Именно эти количественные факторы, добавленные к качественным, делают предсказание конечного результата трудным и ненадежным.

[1] См. Melitta Sperling (1963). Дальнейшая иллюстрация – это случай четырехлетнего мальчика, описанный Анной Фрейд и Софи Данн (Sophie Dann). Этот мальчик был сиротой. В его воспитании не участвовал человек,

Глава шестая
Терапевтические возможности

В детской психоаналитической клинике[1] целый ряд детских расстройств подходит под диагнозы, которые требуют лечения. Начиная с наиболее общих трудностей развития, проблем в обучении, школьного отставания, задержек умственного развития и через случаи травматизации и совращения и инфантильных неврозов подходя к нетипичным тяжелым нарушениям эго, серьезным нарушениям либидо, пограничным расстройствам, аутизму и психотическим состояниям, делинквентности и случаям, близким к шизофрении, и т. д.

С учетом этого в детском анализе работа строится в двух направлениях: терапия и исследование. Из этих двух целей то одна, то другая попеременно в той или иной степени становится приоритетной. В некоторых случаях терапевт обнаруживает, что обращения к анализу можно было бы избежать, если бы в свое время была проделана предварительная профилактическая работа с родителями, были бы созданы оптимальные условия для обучения, или если бы можно было избежать наиболее вредных влияний внешней среды. В других случаях терапевт настолько уверен в диагнозе, что считает применение аналитического метода обоснованным и наиболее оптимальным. Но встречаются случаи, когда аналитик сталкивается с одними загадками и не уверен в терапевтических возможностях.

выполняющий роль матери. У него появилось навязчивое сосание, мастурбация, аутоэротизм и объекты-фетиши, используемые для удовлетворения. «Во время сосания вся его страсть была сконцентрирована на поверхности фланелевых тряпочек и полотенец. Он их сосал, когда они висели на крючках. ...в качестве фетиша он выбрал использованные детские нагрудники. Во время он ритмично тер их о свой нос, держа все шесть драгоценных нагрудников в руках или зажимая один или больше между ног. На прогулке он иногда предвкушал со страстным возбуждением эти экстазы. Тогда он торопился в детскую комнату с радостными восклицаниями «Слюнявчик, слюнявчик!». Фаллическое возбуждение, сопровождаемое мастурбацией, было вне сомнений. С другой стороны, фетиш сам по себе не имел фаллического значения. Мальчик индифферентно относился к этим нагрудникам, когда они были свежими, постиранными и поглаженными. Это позволило предположить, что его эротическое возбуждение вызывалось запахом, что, вероятно, связано с ситуацией раннего кормления.

[1] Такая как детская терапевтическая клиника в Хэмпстеде.

В этой ситуации он должен быть убежден, что детский анализ предоставляет все необходимые условия для исследования. Очевидно, что ни одно расстройство не может быть правильно классифицировано, или для него не может быть подобрано соответствующее лечение до того, как будут определены генетический, динамический и либидо-экономические факторы, ответственные за это.

В тех случаях, когда анализ не приводит к улучшению, причина обычно кроется не в психопатологии случая как такового, а в неблагоприятных внешних факторах, таких, как: недостаток опыта или умения терапевта, неспособность пациента сотрудничать, недостаток времени, отведенного на аналитический процесс, перерывы, связанные с соматическими заболеваниями, семейные проблемы, смена терапевта и т. д. Если анализ отчасти или полностью проходит успешно, его компетентность принимается без доказательств, и мы не удивляемся, что такая определенная и ограниченная процедура, как детский анализ, может помочь при таком большом спектре расстройств, в большинстве случаев абсолютно отличных друг от друга, если рассматривать их происхождение и структуру.

Классическая психоаналитическая терапия для взрослых: ее сфера и определение

Психоаналитическая терапия первоначально была создана для работы со взрослыми невротиками, а первая адаптация этого метода к детям была осуществлена с целью лечения инфантильных неврозов[1]. С тех пор сфера аналитической терапии взрослых расширилась, и, с минимальными вариациями[2], помимо неврозов, сейчас применяется к другим категориям расстройств, таким, как психозы, перверсии, аддикции, делинквентное поведение и т. д. И здесь детский анализ последовал за взрослым, расширив свою область применения в тех же направлениях.

Что касается психоанализа взрослых, мы имеем обширный и постоянно растущий объем литературы, посвященной методам психоанализа, его содержанию и терапевтическому процессу.

Мы можем выделить из этих публикаций следующие определения цели аналитической терапии:

---

[1] Исключая Мелани Кляйн и ее последователей, которые с самого начала включили пациентов с тяжелыми дефектами эго и психозами.

[2] Или «параметрами» согласно Эйсслеру (K. R. Eissler, 1953).

«Одна из целей анализа – изменить взаимоотношения между ид, эго и суперэго» (Bibring [Symposium, 1937]);

«Аналитическая терапия заставляет эго остановить или изменить защиты..., терпеть дериваты ид, которые все менее и менее искажаются» (Fenichel [Symposium, 1937]);

«Анализ влияет на суперэго, увеличивая его терпимость» (Strachey [Symposium, 1937]);

«Цель анализа – внутрипсихическая модификация в пациенте» (Gill [Panel, 1954b]);

«Цель анализа – обеспечить инсайт у пациента, чтобы он мог сам разрешить свой невротический конфликт, обеспечить эффективные устойчивые изменения в эго, ид и суперэго и посредством этого увеличить силу и суверенность эго» (Greenson [Symposium, 1958]).

Именно полное единодушие среди этих авторов (и многих других, не упомянутых здесь), говорит о том, что главный терапевтический эффект психоанализа – это изменение баланса сил между ид, эго и суперэго, возрастание терпимости по отношению к целям друг друга и, вместе с этим, гармония между ними. Это предполагает, что в процессе лечения расстройств внутрипсихические конфликты фигурируют как главные патогенные агенты. Другие факторы (например, нарушенные межличностные отношения (R. Waelder [см. Zetzel, 1953])), при сравнении с первостепенной важностью этого единичного фактора, занимают второе место. Терапевтические процедуры оцениваются, таким образом, согласно тому, в какой степени они способствуют этому вмешательству.

Психоаналитическая терапия для детей: ее объяснение

Хотя ни одно из процитированных выше заявлений не относилось к сфере детского анализа, они тем не менее подходят и детскому аналитику, так как побуждают его пересмотреть предпосылки его клинической работы и определить области, в которых она применима. Он должен более тщательно определить отношения между внутрипсихическим конфликтом, психопатологией детства и детской аналитической терапией. После всего этого рассмотрение детского анализа наравне[1] со взрослым может быть оправдано, только если оба метода, отдель-

[1] См. главу 2.

но от техники, имеют общую область приложения и общие цели лечения.

Внутрипсихический конфликт в детском анализе

«Нормальные» детские конфликты и анализ. Как обсуждалось в предыдущих главах, внутрипсихические конфликты как таковые – это нормальные побочные продукты структурного развития, свойственные всем индивидам, вышедшим за пределы примитивного уровня недифференцированности. Они возникают как только эго и суперэго достаточно отделяются сперва от ид, потом друг от друга, при этом все преследуют свои собственные интересы.

В нормальных условиях внутренние разногласия, обусловленные развитием, разрешаются эго самого ребенка при поддержке, одобрении и руководстве родителей. Если этого оказывается недостаточно и у ребенка возникает дистресс, оказать помощь может детский анализ. Им содействуют поддержка, комфорт и руководство, обеспечиваемые родителями. Последовательное использование прояснения, вербализации и интерпретации снижает тревожность по мере ее возникновения, ликвидирует наносящие вред защиты до того, как они станут патогенными, открывает или сохраняет открытым отводные пути для выхода инстинктивных действий, что приносит облегчение. Это помогает ребенку поддерживать баланс во время прохождения различных стадий развития. В связи с этим справедливо часто высказываемое утверждение, что анализ помогает всем детям, не только с явными расстройствами. Тем не менее, детский аналитик не может отделаться от чувства, что терапевтическому методу поручили задачу, которая должна выполняться, с одной стороны, эго, с другой – родителями ребенка.

Нарушения развития и анализ. Несколько отлична ситуация, когда неравномерность последовательного движения инстинкта и развития эго серьезно нарушает внутренний баланс в ту или иную сторону. Как было описано выше, дети с сильно развитым эго и суперэго переживают крайние формы дистресса, когда сталкиваются с их собственными жестокими, агрессивными оральными и анальными импульсами. Хотя они могут быть адекватной фазой с точки зрения взросления, они не являются таковыми с точки зрения расщепленного эго, и против них запускаются защиты. В противоположном случае подобный дист-

ресс усиливается, если развитие эго происходит медленнее по сравнению с инстинктами; эго становится неспособным справляться с прегенитальными импульсами, которые вторгаются на его территорию.

В этом случае нет однозначного решения в том, использовать или не использовать психоаналитическую терапию. В итоге прогресс ид и эго может быть сбалансирован даже без лечения. С другой стороны, дисбаланс может оказаться чрезмерным, и в этом случае способен причинить долгосрочный ущерб характеру и личности. Детский анализ способен предотвратить это, и, смягчая конфликты, действовать не только как терапевтическая, но как превентивная мера в истинном смысле.

Диагност сталкивается здесь с трудной задачей предрешения исхода процесса развития, который еще не завершен.

Детский анализ и детские неврозы: лечение через выбор. Совсем иначе обстоит дело в сфере детских неврозов (третья диагностическая категория). Здесь детский аналитик может чувствовать себя свободно. Конфликты эдипова комплекса в качестве катализатора и невротическая симптоматика, объясняемая классической формулой: опасность → тревога → перманентная регрессия к точке фиксации → отвержение реактивированных прегенитальных импульсов → защита → компромиссное образование, свидетельствуют о том, что детские неврозы не только аналогичны соответствующим взрослым расстройствам, но и диктуют аналитику такой же подход в лечении, что и в лечении взрослых. Аналитик может взять на себя роль помощника эго пациента, и при благоприятных условиях ребенок его таким и принимает.

Вопрос в том, с какого возраста развивающееся эго ребенка достигает того уровня зрелости, на котором у него может возникнуть желание обратиться за помощью и принять ее. В отношении инфантильных неврозов на этот вопрос можно ответить, сославшись на факт образования симптома: эго, которое противостоит инстинктам в такой мере, что усиливает невротический компромисс, тем самым доказывает намерение поддерживать его позицию и обозначает, по крайней мере теоретически, его готовность принять помощь извне.

Несмотря на это, страдание от симптомов не является диагностическим признаком, равным для детей и взрослых. У многих детей-невротиков согласие подвергнуться терапии мотивировано тем страданием, дискомфортом или болью, которые они

испытывают вследствие физиологических расстройств желудка или пищеварения; кожная сыпь, астма, головные боли, расстройства сна и т. д. или психологических причин — разнообразных страхов (боязнь животных, боязнь открытого пространства, школьные фобии и т. д.), ограничением свободы действия, невозможностью участвовать в совместной деятельности с другими детьми, делать то же, что и они и получать такое же удовольствие, ритуальными и навязчивыми действиями, одержимости неизвестной и непреодолимой силой, которая диктует неразумные действия; и т. д.

Время от времени дети открыто выражают это. Например, мальчик четырех с половиной лет после приступа навязчивого ритуального поведения рассказывает своему аналитику: «Теперь вы, по крайней мере, видели, что меня заставляет делать мое беспокойство», выражая тем самым абсолютную беспомощность своего эго в данной ситуации. Шестилетняя девочка, которая страдает школьной фобией, рассказывает своей матери: «Ты знаешь, я не то, чтобы не хочу ходить в школу, я просто не могу». Еще один пример скрытого состояния девочки, старшего ребенка в многодетной семье. У нее были обнаружены проблемы, вызванные завистью к пенису, ревностью, чувством вины из-за мастурбации. Однажды ее застали, когда она пела: «Все остальные дети хорошие, только я плохая. Почему я такая плохая?» Она, как и другие дети, выражала таким образом наряду с ощущением разрыва между ее эго-идеалом, требованиями суперэго и ее беспомощным эго, вопрос — почему она сама ничего не могла сделать, чтобы исправить ситуацию (см.: Bronstein, 1951).

В действительности, детскому аналитику не следует дожидаться подобных прозрений, чтобы попытаться дать ребенку больше, чем позволяет начальная стадия терапии. Даже без учета обычного вмешательства сопротивления и переноса терапевт не может рассчитывать на то, что позитивный настрой ребенка будет сохраняться так долго, сколько понадобится или на то, чтобы обеспечить только безболезненные переживания.

Разделение эго на наблюдающую и наблюдаемую части помогает взрослым пациентам в течение длительного периода анализа, содействует в работе над процессом и полностью исчезает на пике трансферентных неврозов. В этой ситуации одна часть эго, идентифицированная с аналитиком, разделяет его растущее понимание и принимает участие в терапевтических усилиях. Это было убедительно описано Ричардом Штерба (R. Sterba, 1934).

Такая интроспекция, которая является обычной способностью эго взрослого, у детей отсутствует. Дети не обращают внимания на свои мысли и внутренние движения, по крайней мере, до тех пор, пока они не станут навязчивыми. В тех случаях, когда это имеет место — оказывается, что интроспекция способствует не конструктивным результатам, а патологическим тенденциям. К таковым относятся: возросшая амбивалентность, склонность к изоляции, стремление развивать самокритику и чувство вины за мазохистские желания и т. д. Эти случаи свидетельствуют о том, что интроспекция в большей степени способствует патологическим, чем конструктивным результатам. Дети не склонны рассматривать себя в качестве объекта собственного наблюдения или сосредотачиваться на происходящем в их сознании. Их природная любознательность направлена от внутреннего мира к внешнему и обычно не меняет направление до наступления пубертата, когда в некоторых случаях самоисследование и чрезмерное самонаблюдение могут стать болезненными составляющими процесса созревания.

В преэдиповом, эдиповом и латентном периодах этот обычный недостаток восприимчивости к происходящему во внутреннем мире способствует также детскому нежеланию переживать любые конфликты как внутрипсихические. Именно здесь вступает в игру механизм экстернализации[1], направленной не только на аналитика. Хорошо известно, что многие дети после совершения проступка, избегая чувства вины, провоцируют родителей принять роль критикующего или наказывающего авторитета. Дети стремятся вынести вовне конфликт с суперэго, которое ответственно за прочие детские акты неповиновения. Это особенно касается скрытных детей с активным конфликтом, связанным с мастурбацией. Эти дети после каждого внезапного вторжения и удовлетворения их сексуальных желаний не могут в достаточной мере обратить взрослый мир против себя с помощью провоцирующего поведения. В области асоциального поведения известен факт, что сознание вины не только следует за отклоняющимся поведением, но и предшествует ему и мотивирует подобное поведение. Во всех этих примерах критика, обвинение или наказание со стороны внешних агентов являются освобождением от внутренних конфликтов с суперэго.

Конфликты с инстинктами трактуются сходным образом. Опасные тенденции преэдипового и эдипового происхождения,

[1] См. главу 2

такие, как оральные и анальные импульсы, бессознательное желание смерти сиблингов, враждебность по отношению к родителю — сопернику, смещаются и выносятся вовне или проецируются на объекты внешнего мира. Посредством этого они превращаются в соблазнителей и преследователей, с которыми ребенок может вступить во внешнюю борьбу. Механизм, используемый здесь, хорошо известен из инфантильных фобий (школьные фобии, фобии животных), в которых благодаря смещению и вынесению вовне весь внутренний театр боевых действий превращается во внешний.

К сожалению, для детского аналитика эта тенденция к вынесению внутренних конфликтов отражается на детских ожиданиях от терапии. Если взрослый невротик ждет облегчения от внутренних изменений, к осуществлению которых он, следовательно, и стремится, то ребенок связывает свои желания и надежды с аналитиком, поскольку для того, чтобы изменения осуществлялись во внешнем окружении, его фигура будет использована для персонификации собственных конфликтующих внутренних агентов ребенка[1]. В этом смысле показателен случай смены школы с целью ухода от «плохого» учителя – уход, который расценивается как освобождение ребенка, в действительности имеет в своем основании его чувство вины. Или дистанцирование от «скверного» товарища, чтобы положить конец искушениям. Здесь игнорируется тот факт, что все это исходит из собственных импульсов ребенка и его сексуально-агрессивных фантазий. Также, например, уход от хулиганов-одноклассников, чтобы исправиться, на самом деле продиктован пассивно-мазохистскими наклонностями ребенка. Терапевт, который справедливо отказывается принимать роль, навязываемую ему пациентом, легко меняется в детской оценке от помощника до противника.

Довольно часто родители склонны присоединиться к своему ребенку в предпочтении внешних изменений перед внутренними.

Недостаток детского самонаблюдения и, как следствие, меньшее проникновение в природу его невротических трудностей не тождественны сопротивлению против анализа, которое может быть понято и проинтерпретировано в рамках его эмоциональной привязанности и переноса. Недостаток самонаблюдения – это характеризующее детство отношение эго, за которое

[1] См. главу 2

твердо держится ребенок как за средство против душевной боли. Только при идентификации со взрослым, которому ребенок доверяет, и при союзе с ним это средство отбрасывается и замещается более честным взглядом на внутренний мир.

Здесь может возникнуть возражение, что отрицание внутрипсихической природы конфликтов не является исключительно детской характеристикой, но используется в качестве защиты многими взрослыми. Это правда, но, к счастью для аналитика, работающего со взрослыми, индивиды, которые используют этот частный способ защиты, обычно не выбирают аналитическую терапию. Если они действуют на инфантильном уровне в этом отношении, они также предпочитают «излечивать» себя внешними средствами, а именно действием или скорее отыгрыванием во внешнем мире. Это специфическая проблема детского аналитика: его пациенты должны подчиниться процедуре и встретиться с требованиями, которых они не выбирали.

Подвиды инфантильных неврозов в анализе. Если ребенок не решает свой конфликт с инстинктами посредством инфантильных неврозов, а устраняет разногласие снижением эго-стандартов (как это случается при инфантилизме, нетипичных нарушениях, некоторых асоциальных реакциях), он довольствуется своей деградацией точно так же, как взрослые довольствуются своими перверсиями, делинквентностью или криминальным поведением[1]. Как и взрослые, ребенок чувствует, что аналитическое вторжение нежелательно и нарушает внутренний мир. Это ставит аналитика в парадоксальную ситуацию: чтобы лечить ребенка, он должен поощрять и принимать конфликты между ид и эго, которые он пытается решить, когда имеет дело с инфантильными неврозами.

В истории детского анализа это особенное сочетание было дважды достаточно серьезно исследовано, чтобы можно было оправдать введение специфических технических параметров. Август Айхорн (August Aichhorn 1925, 1923 – 1948) говорил, что он не мог добиться прогресса в аналитическом решении юношеских отклонений до тех пор, пока они восставали против окружающей среды, в то же время соглашаясь с собственными асоциальными наклонностями. Поощряя (нарциссическую) связь и идентификацию сначала с собой как с личностью, затем со своей системой ценностей, он менял собственные эго-стандарты

[1] См. главу 4.

юношей и посредством этого вносил дисгармонию в их структуру. По его собственным словам, когда это происходило, «делинквент превращался (или вновь становился) невротиком», который мог теперь реагировать на психоаналитическую терапию более или менее согласно аналитическим стандартам. В указанном выше смысле он рассматривал наличие внутрипсихического конфликта как *sine qua non*[1] для обращения к классическому анализу.

Так называемая «вводная фаза», предложенная мною в 1926 году, имела схожий мотив (помимо обеспечения первого шага в приватный мир пациента-ребенка). Хотя она была неправильно понята многими коллегами как «образовательное» вторжение, то есть способ неоправданного облегчения вызова переноса, ее реальной целью было обратить внимание ребенка на его внутренние дисгармонии, вызывая состояние эго, благоприятное для их восприятия. Рациональной основой послужило мое утверждение, что внутрипсихический конфликт должен быть вновь представлен в структуре и пережит ребенком до того как его аналитическая интерпретация будет принята и станет эффективной. В настоящей работе последовательная интерпретация защит служит той же самой цели конфронтации между ид и эго.

Выводы. Из сказанного выше ясно, что аналитическая терапия хорошо подходит ко всем детским конфликтам, независимо от того, являются ли они временными конфликтами развития или постоянными невротическими. Не считая известных улучшений начального этапа, связанных с переносом, которые не должны вводить в заблуждение ни аналитика, ни родителей, частичный или полный результат излечения обычно может быть получен последовательной интерпретацией защит и переноса, то есть путем аналитической работы в строгом смысле этого слова.

В случае нарушений и дисбаланса развития с помощью прояснения в процессе анализа опасных ситуаций, которыми обусловлены возникшие проблемы, проработки и интерпретации страхов, регрессии устраняются, задержки нейтрализуются и поступательное развитие восстанавливается. В случае инфантильных неврозов приступы тревоги, ритуализированный отход ко сну, дневные церемониалы снижаются или сводятся на нет интерпретацией их бессознательного содержания. Навязчивые дотрагивания исчезают, когда либо их связь с мастурбацией, либо лежащие

[1] Обязательный (*лат.*). – *Прим. перев.*

в основе агрессивные фантазии, высвобождаются. Фобии отступают при интерпретации эдиповых смещений, от которых они произошли. Фиксации на вытесненных травматических событиях, ослабляются по мере того, как травма начинает осознаваться или оживает и интерпретируется в переносе.

В симптоматике инфантильных неврозов наблюдается двойственный ущерб, наносимый с одной стороны инстинктивным производным, а с другой — эго. Терапевтическим ответом на это является двойственное воздействие анализа. Так как интерпретация защиты чередуется с интерпретацией содержания, освобождение поочередно получают подвергшееся сильному давлению эго и равно подавленный инстинкт, пока бессознательное в них не будет вынесено на поверхность, вербализовано, проинтерпретировано и не станет частью детской интегрированной личности.

Терапия расстройств, не являющихся невротическими

По мере того, как мы двигаемся от невротических расстройств (категории 1 – 4), в основе которых лежит конфликт, к задержкам, дефектам и дефицитарному развитию (категории 5 – 6), терапевтический процесс изменяет свою природу, хотя детский анализ все еще пригоден и эффективен.

Терапевтические элементы в психоанализе. Все авторы, пишущие на эту тему, соглашаются, что аналитический метод состоит не только из *интерпретации* переноса и сопротивления, *расширения сферы сознания* за счет бессознательных частей ид, эго и суперэго, и вытекающего из этого усиления *доминирования эго.* В то время, как эти составляющие являются оплотом анализа, существуют также другие элементы, присутствие которых неизбежно, даже там где этого не ожидалось. *Вербализация и прояснение* предсознательного играют определенную роль, особенно у детей, в приготовлении соответствующего пути для интерпретации и в уменьшении влияния тревожности, которая идет рука об руку с интерпретацией. Существуют элементы *внушения*, которые являются неминуемыми последствиями временного могущества и эмоциональной значимости аналитика в жизни пациента. У детей они представлены так называемой «воспитательной» стороной эффектов аналитического лечения. У пациента есть тенденция неправильно использовать отношения переноса для *«корректирования эмоционального опыта»*, тенденция, которая тем

сильнее, чем больше роль аналитика как «нового» объекта. Наконец, имеет место *переубеждение*, которое в случае ребенка неотделимо от присутствия и близких отношений со взрослым, которому ребенок доверяет.

Аналитики научены избегать неаналитических составляющих в работе и сводить их действие к минимуму, но, в конце концов, ход терапевтического процесса, кажется, выбирается не ими, а их пациентами.

Ференци (Ferenczi, 1909) цитирует высказывание З. Фрейда, относящееся к неврозам: «Мы можем лечить невротика любым способом, какой нам больше нравится, но он всегда лечит себя сам ... через перенос», то есть повторением своих невротических структур, перерасполагая их вокруг личности аналитика. Другое значение, часто вкладываемое в слова Фрейда, следующее: «Однако, какими бы способами мы не пытались удержать наших пациентов в анализе, они, со своей стороны, цепляются за лечение по-разному, каждый на основе своей патологии: истерик – средствами страстного переноса любви и ненависти; навязчивый – наделяя аналитика магическими силами, которые он затем разделяет в переносе; мазохист — ради своего воображаемого страдания, которое он извлекает из процесса лечения; садист – с целью получить в переносе объект, который он сможет мучить; наркоман ставит аналитика в один ряд с такими необходимыми для него наркотиками».

Что касается патологии эго, Эйсслер (K. R. Eissler, 1950) выражал схожую мысль, считая, что каждый пациент реагирует на аналитическую технику по-своему. Заключение об отклонении его эго от нормы можно сделать, опираясь на способы, которыми пациент действует на аналитика. Перефразируя, можно сказать, что природа детских расстройств открывается через специфические терапевтические элементы, которые пациент отбирает для терапевтического использования, когда ему предлагают полный набор возможностей, имеющихся в детском анализе.

Выбор терапевтических элементов в соответствии с диагностической категорией. Относя эти точки зрения в деталях к области детской психопатологии, мы получаем следующее:

Как было показано выше, для инфантильных неврозов как на стадии формирования, так и сформированных вполне адекватными являются интерпретации сопротивления и переноса, защиты и содержания, то есть действительно аналитические меры,

которые превращаются в терапевтические приемы, поскольку они добиваются изменений и улучшений. Пока терапевт надлежаще исполняет свою аналитическую роль, ни внушение, ни переубеждение, ни коррекция отношений могут не удостаиваться внимания. Невротичный ребенок обращается к ним, чтобы выразить свое сопротивление аналитику, когда он стремится избежать анализа, не достигнув инсайта. Но ни один из этих методов, сам по себе или в сочетании, не имеет даже приблизительного терапевтического эффекта при лечении инфантильных неврозов, который нужен аналитику. Даже если поверхностные симптоматические улучшения достигнуты средствами воспитания ребенка и детской психотерапией, дисбаланс между внутренними агентами остается неизменным.

Напротив, в случаях, не относящихся к невротическим, тот или иной из вспомогательных терапевтических элементов либо их комбинация могут быть успешно применены, в то время как основная аналитическая процедура может оставаться неэффективной или приносить нежелательные результаты.

Например, в случаях с детьми *в пограничном состоянии* традиционная аналитическая техника имеет совершенно отличные последствия, чем в случае с невротичными детьми. У детей с пограничными расстройствами фантазии обильны и подвержены минимальным искажениям производными ид, поэтому интерпретация осуществляется легко и просто. Но последующего за этим обычного облегчения, как и увеличения эго-контроля не происходит. Вместо этого сами интерпретации, сделанные аналитиком, вплетаются пациентом в продолжающееся и возрастающее тревожно–возбуждающее фантазирование. Удовлетворившись только интерпретацией, ребенок с пограничным расстройством пользуется возможностью, чтобы воплотить свои фантазии в отношениях с аналитиком, превращая их в своего рода парную манию (*folie a deux*), что является приятным для него и отвечает его патологическим потребностям, но невыгодно с точки зрения терапии. С другой стороны, терапия пользуется вербализацией и прояснением внутренних и внешних опасностей и пугающих аффектов, которые воспринимаются предсознанием, но которые слабое и беспомощное эго, предоставленное самому себе, не может интегрировать и подчинить доминанте вторичного процесса. Следовательно, диагностически тот или иной случай может быть оценен как пограничный по негативной терапевтической реакции на адекватную интерпретацию бессознательного.

Дети с серьезными *дефектами либидо* устанавливают связь с аналитиком на низком уровне объектных отношений, на котором они застряли, то есть они переносят на аналитика симбиотические или характеризуемые отсутствием постоянного объекта отношения или используют его как средство удовлетворения своих потребностей и т. д. В этом случае правильная интерпретация не будет иметь желаемого результата — возобновления процесса развития, если только нарушение не происходит от травматических переживаний или задержек невротического происхождения. Там, где дефект либидо связан с сильной депривацией объектных отношений, интерпретация переноса не дает терапевтических результатов. Вместо этого ребенок может ответить на близость аналитико-родительского отношения, которое благоприятно для распространения либидозной привязанности из-за частоты и продолжительности контакта, малого числа прерываний, исключения беспокоящих конкурентов и т. п. На основе этого нового и отличного эмоционального переживания ребенок может двигаться вперед к более подходящим уровням развития либидо, терапевтическое изменение начинается во внешнем окружении детского анализа, но на основе «правильного эмоционального опыта»[1].

Дети с *задержками интеллектуального развития* обычно сильно страдают от своих архаических страхов. Из-за незрелости функций эго им не хватает ориентировки и господства в их внутреннем и внешнем мире. Наряду с тревогой большой интенсивности это в свою очередь преграждает дальнейший рост эго. В детском анализе этот порочный круг прерывается. Он постепенно проходит по шкале развития от архаичных страхов полного исчезновения до страха отделения, боязни кастрации, страха потери любви, вины и т. д. Но терапевтический элемент, ответственный за улучшение в этих случаях, — это не аналитическая, а убеждающая роль аналитика.

Даже в случаях органических нарушений (родовая травма, незначительные повреждения мозга), при наличии серьезных нарушений структуры личности может произойти улучшение.

---

[1] В противоположность эффекту аналитической интерпретации, который не ограничен для детей возрастом или временем вмешательства, правильный эмоциональный опыт ограничен взрослением. Это должно случиться приблизительно во время той же стадии развития, на которой был нанесен ущерб либидозным процессам. Если эти границы были перейдены, то корректировать что-либо уже слишком поздно.

Там, где сравнительно здоровое эго, оказывая чрезмерное давление, приводит к истощению инстинктивной жизни, ребенок выигрывает от стимуляции фантазии и открытия выхода для производных ид. В случаях, где активность инстинктов недостаточно контролируется неразвитым эго, роль аналитика и его действия в качестве «вспомогательного эго» приходят на помощь пациенту.

В случаях анализа *подростковых нарушений* мы обнаруживаем полное соответствие между смешанными формами их психопатологии и постоянной сменой их поведения по отношению к анализу. Это было описано в недавнем исследовании подобных случаев с точки зрения намеренно быстрой смены техник аналитиком (K. R. Eissler, 1958). Здесь это видится как спонтанный процесс со стороны пациента, а именно, смена его выборов из доступных терапевтических элементов, тогда как со стороны аналитика процедура остается прежней.

Заключение

Если речь идет о перманентных регрессиях и укоренившейся невротической симптоматике, ничто не повлияет на ребенка, так как анализ, который работает на изменение баланса сил внутри структуры личности. В случае нарушений, не входящих в сферу неврозов, на личность ребенка могут оказать позитивное, оздоровительное влияние семейное окружение, школа или терапия.

Так, отношение матери к ребенку имеет решающее значение для его нормального или замедленного развития, в зависимости от вовлеченности матери или ее отстраненности. Возможные дисгармонии развития устраняются и баланс восстанавливается, если родители наделяют энергией либидо те области, в которых ребенок отстает. Вместо этого родители часто делают общую ошибку: они дают умному ребенку больше пищи для ума; говорят с разговорчивым ребенком; дают большую телесную свободу подвижному ребенку.

Деструктивные тенденции, которые стали чрезмерными из-за рассеивания либидо и агрессии, уменьшаются и становятся ограниченными, если поощряются либидозные привязанности. Либидозные и агрессивные процессы сами по себе отвечают на предложение объекта для катексиса. Установки эго меняются там, где открываются возможности для идентификации, или облегчается давление суперэго за счет возможности подходящей экстернализации. Другими словами, возможности продуктивно-

го вмешательства в процесс развития почти так же не ограничены, как и вредоносные влияния.

Некоторые аналитики после интенсивного исследования специфических областей и периодов детского развития сделали вывод, что было бы полезно каждому конкретному типу детской патологии противопоставить адекватное терапевтическое воздействие; например, для детей с задержками развития либидо в первую очередь должны быть удовлетворены их симбиотические потребности; дети, ранее пережившие материнскую депривацию, должны получить возможность скорректировать их эмоциональный опыт (Augusta Alpert, 1959; Margaret Mahler, 1955). По тем же причинам детям с дефектами эго может быть предложено исключительно восстанавливающее покровительство вспомогательного эго; детям в пограничном состоянии — методы вербализации и прояснения, ведущие к усилению эго.

На первый взгляд, данная терапевтическая специализация кажется оправданной и экономичной, так как при ее применении не происходит напрасной траты потенциала, как в случае комплексной процедуры, такой, как детский анализ, выходящий за рамки анализа неврозов, например, для пациентов, разделяющих только ее маленькую часть и концентрирующихся на менее важных элементах. Но при ближайшем рассмотрении возникают некоторые возражения против использования подобных терапевтических процедур в большинстве случаев.

Один из контраргументов состоит в том, что в реальности немногие дети-пациенты воспринимают нас как чистых клиницистов. Лишь данный образ смог бы оправдать терапию, направленную на один специфический фактор. В большинстве случаев расстройства представляют собой скорее сочетания элементов, способствующих различной выраженности окончательных патологических результатов. Например, дефекты либидо сопровождаются или сменяются дефектами эго; хронические патогенные ситуации сопутствуют серьезным травмам; невротические черты смешиваются с чертами отклоняющегося поведения, так же как и пограничные расстройства, атипичное поведение с невротическими конфликтами; в личности ребенка, за исключением особо сложных случаев, присутствуют как нормальные, так и аномальные зоны. Именно для данной психопатологии детства необходим комплексный метод. Полный круг терапевтических возможностей становится доступным пациенту лишь при детском анализе, который дает шанс, с одной стороны, открыть себя, с другой стороны, излечить себя.

Для требовательного ума аналитика второе существенное возражение, что факт, касающийся оценки, оказывается в самом конце, когда невозможно использовать аналитический метод. Мы должны быть абсолютно уверены в классификации данного случая, прежде чем отнимать право выбора терапевтических элементов у пациента и возлагать его на себя, например, прежде чем свести шансы терапии к одному фактору. Несмотря на то что наши способности в оценке сегодня сохраняются, такая точность при диагностике кажется мне возможной лишь в далеком будущем, но никак не при нынешнем уровне знаний.

ДИАГНОСТИКА И ОЦЕНКА ДЕТСКИХ НАРУШЕНИЙ

Когда доктор Уэлдлер предложил мне рассмотреть связь психоаналитических подходов с более широкой проблематикой детских расстройств, я с удовольствием согласилась. К тому времени я уже занималась психоанализом с детьми и их родителями достаточно долго, и мне посчастливилось стать руководителем психоаналитической клиники для детей. По другую сторону Атлантики детские психоаналитические клиники все еще редкость, хотя в работе с детьми психоаналитические принципы и знания применяются довольно часто и там. Как мне кажется, различие между обычной детской психиатрией и тем, что я буду называть собственно аналитической практикой, состоит в том, что здесь при лечении серьезных детских расстройств мы не удовлетворяемся применением методов, предназначенных для более легких расстройств.

Конечно, аналитический подход встречает серьезные трудности. Например, там, где требуется серьезное лечение, аналитику лучше оставаться в стороне. Также мне кажется, аналитик находится в более трудном положении там, где требуется быстро принимать решение, осуществляя диагностику и оценку расстройства — обычно после нескольких интервью, иногда после непродолжительного периода наблюдений, — оценивать природу детских расстройств и выбирать подходящий метод работы. Как аналитикам, нам обычно требуется много времени для сбора материала, и наша оценка расстройства строится на длительном наблюдении за пациентом. Приняв решение изучить ребенка, мы постепенно получаем доступ к его фантазиям, узнаем его отношение к другим членам семьи; мы углубляемся в проблему,

доходя до самых ее корней. В этом направлении иногда приходится работать годами, и наш диагноз бывает готов тогда, когда мы уже можем вернуть ребенка родителям. К тому времени его состояние намного лучше, или же он совсем здоров.

Но в детской консультативной клинике диагноз необходимо поставить быстро, поскольку от этого зависит выбор метода лечения: оказывать помощь только матери либо назначать ребенку ежедневное или еженедельное лечение; изменить школьную жизнь ребенка либо, в исключительных случаях, изолировать ребенка от родителей и братьев. Все эти трудные решения должны быть приняты быстро, тогда как у аналитика для своего заключения еще нет достаточного количества информации.

Поэтому мне кажется, что стоит рассмотреть те соображения, которые мы принимали в расчет при постановке диагноза в Хемпстедской клинике. Первое — это возраст ребенка. Существует большая разница между диагностикой нарушений в раннем возрасте (до 5 лет) и у старших детей, в возрасте от 5 до 12-13 лет.

Диагностика школьников

Изолированные симптомы. Может показаться, что диагностика психических расстройств в детском и подростковом возрасте не должна очень сильно отличаться от диагностики расстройств у взрослых. Как известно каждому, кто соприкасался с психиатрией, постановка диагноза взрослого осуществляется достаточно легко и быстро. Я до сих пор помню, как в самом начале своей работы я была на практике в психиатрической клинике в Вене, где мне часто приходилось разговаривать с молодыми врачами, которые быстро пробегали глазами по страницам истории болезни пациентов, поступивших накануне. Они прочитывали лишь некоторые предложения; например, пациентка жаловалась, что соседи все время говорят о ней, — очевидно, это паранойя. Или пациентка жалуется, что она не очень хорошо обращалась с членами своей семьи, — ну, это меланхолия. Я думала, как это замечательно и с нетерпением ждала наступления того времени, когда и я (хоть и не психиатр) приобрету достаточно знаний, чтобы проделывать то же самое в работе с детьми.

Мы знаем, конечно, почему мы — все мы — можем с такой легкостью поставить диагноз типичного расстройства у взрослого. Когда обнаруживается специфический симптом, у нас есть

право ожидать, что он является частью определенного синдрома, и очень редко случается, когда ожидания такого рода не оправдываются. Это первое различие между детьми и взрослыми в диагностике и оценке, потому что в случае детских расстройств определенный симптом не обязательно свидетельствует об определенном неврозе или целостном синдроме. Вот несколько примеров из моей практики.

Один случай мне сообщила мать маленькой девочки. Ее дочь не могла уснуть до тех пор, пока тапочки не были поставлены аккуратно в линию перед кроватью. Это часть так называемого вечернего ритуала, который можно было бы попытаться описать как невроз навязчивых состояний. Но такой диагноз был бы ошибочным. Эта девочка действительно была крайне дезорганизована, беспокойна, неконтролируемо подвижна; нарушения наблюдались у нее во всех сферах, но среди них больше не было ни одного симптома навязчивости.

Однажды я лечила мальчика-истерика, который страдал от навязчивого счета, — это симптом, также относящийся к сфере неврозов навязчивых состояний, но он у него занимал место между фобическим и истерическим расстройствами.

Я помню еще одного ребенка, у которого основным диагнозом был невроз навязчивых состояний, но при этом он имел полный набор психосоматических и истерических симптомов.

Все это показывает, что детские симптомы изолированы; симптомы одного вида появляются на фоне невротических расстройств другого вида. Специалисту не всегда легко оценить, насколько значимы эти симптомы. Он должен задать себе вопрос: является ли частный симптом указанием на развитие невроза навязчивых состояний, где тревога и истерические симптомы присутствуют с более раннего возраста, или он действительно имеет дело с истерическим расстройством, которое сформировалось на анально-садистической стадии развития. Мне кажется, что изоляция симптомов, эта смесь расстройств, требует к себе более пристального внимания. Недооценкой этого момента и объясняются наши трудности в постановке диагноза.

Внешнее проявление и скрытые корни симптомов. Существует и другая трудность. То, каким симптом предстает перед наблюдателем и открывается в диагностическом интервью, редко дает психиатру или аналитику ключ к стоящему за ним расстройству. Два диаметрально противоположных симптома могут

иметь в основе одно внутреннее нарушение, и наоборот, симптомы, которые на первый взгляд кажутся очень похожими, могут быть вызваны совершенно разными причинами. Вот несколько примеров.

Мы обнаружили у делинквентных детей одинаковые симптомы, такие, как, например, воровство, связанное с недостатком развития эго и суперэго или отсутствием в раннем детстве активной фигуры отца. Это означает, что в построении личности есть моральный дефект, обусловленный недостатками социального окружения, особенно отсутствием влияния полноценного воспитания. Однако мы обнаружили точно такое же расстройство в совершенно другой истории: фигура отца здесь присутствует, и его влияние огромно, идентификация с ним и формирующееся в результате суперэго очень сильны, и ребенок находится в противостоянии этому давлению извне и изнутри. Это означает, что один и тот же делинквентный симптом может быть результатом как аморальности, так и чрезмерного давления моральных норм.

Или рассмотрим такой симптом, как недержание, который очень часто встречается в детских клиниках Европы. Сам по себе симптом не дает никаких намеков на его возможные причины. Он может быть результатом того, что родители не уделяли внимания обучению ребенка соответствующему навыку. Или ребенок мог быть полностью обучен, но утратить контроль над мочевым пузырем в результате травматического опыта отделения от матери и восстановить этот контроль сразу же после того, как прошел первый шок. Но утрата контроля может быть также выражением сложного внутреннего конфликта, например между маскулинностью и феминностью. В этом случае не наблюдается никаких изменений в окружении, никаких изменений в системе воспитания ребенка.

Особенно сбивают с толку случаи агрессивности у мальчиков в латентный период. Эти мальчики становятся настолько агрессивны, настолько маскулинны, что превращаются в угрозу для своего школьного окружения, и семья с трудом может справиться с ними. Простое наблюдение со стороны или отчет об их поведении не позволяют сказать, что это — проявление маскулинности или, наоборот, реакция пассивно-феминного мальчика, который боится проявления своей женственности и поэтому всячески подчеркивает агрессивную маскулинность, как бы убеждая себя в том, что он действительно мальчик.

Недавно к нам в клинику привели мальчика, на которого жаловались все соседи за то, что демонстрирует свой половой орган всем маленьким девочкам в округе. Мнения консилиума разошлись. Некоторые полагали, что это вполне соответствующее возрасту поведение, только слишком открытое, иначе соседи бы не жаловались. Ими утверждалось, что он просто активный мальчик, которого не очень ограничивали, хотя это было не совсем правильно, и единственное, в чем нуждалась мать, — в совете, как с ним обращаться. Другие придерживались прямо противоположного мнения. Выяснилось, что мальчику было сделано несколько операций; у него были проблемы с пальцем, который прооперировали. В следующий раз была операция на ногте пальца ноги. И что самое неприятное, у него под кожей на пенисе выросла шишка, которую пришлось удалять в госпитале. После возвращения домой он стал настойчиво требовать, чтобы мать отдала ему эту шишку. Данные сведения придали случаю совершенно иной характер. Очевидно, мальчик сильно беспокоился, что во время операции были повреждены его гениталии, и в реальности он стал демонстрировать не столько девочкам, сколько самому себе, что это не так. В подобном случае никакие воспитательные меры помочь не могут. Единственное, что может помочь, это осознание тревоги, которая направляла его поведение, и ее устранение с помощью аналитического лечения.

Недоступность сведений в диагностическом интервью. Как можно убедиться в том, что мы всегда приходим к правильному заключению? На чем должен основываться диагноз, если способы диагностики симптомов на этой стадии жизни настолько ненадежны? В этой ситуации мы возлагаем свои надежды на диагностическое интервью. У аналитиков достаточно хорошая репутация в обществе по части проведения диагностического интервью. Некоторые люди даже верят, что аналитику достаточно лишь взглянуть на незнакомца, чтобы узнать о нем все. Ничего не может быть дальше от истины, чем это мнение. Ни один аналитик не может дать мгновенное заключение о том, что происходит внутри у человека, и ни один не должен этого делать. Он ждет, пока материал поднимется на поверхность сознания и позволит убедиться в том состоянии, которое царит внутри. Но к несчастью, в диагностическом интервью не всегда так получается, и каждый, кто имел дело со школьниками в подобных ситуа-

циях, хорошо знает, что дети редко выдают свои секреты психиатру. Дети скрывают свои чувства. Часто они беспокоятся, что их могут поместить в клинику; они подозрительны, и вполне обоснованно; они не любят незнакомцев, выуживающих интимные подробности их жизни.

Так же редко мы в детских клиниках получаем глубинный бессознательный материал, и мне пришлось просмотреть все наши истории болезни ради нескольких случаев, где он был представлен. Речь идет о детях школьного возраста, которые во время диагностического интервью кое-что рассказали об истинных причинах их беспокойств.

Мальчик 10 лет на первом интервью со мной был наиболее беспокойным. Он суетился, вставал и снова садился; на моем столе не осталось ничего, до чего он не дотронулся. Он ничего не говорил. Я спрашивала его о странных симптомах, из-за которых его привели сюда. Я пыталась расспрашивать его о семье; его родители были в разводе скорее по внешним обстоятельствам. Но все, что он вежливо сказал, было: «Я не хотел бы произвести ложное впечатление». В его стремлении не произвести на меня плохое впечатление он не производил вообще никакого впечатления, до тех пор, пока не увидел у меня на столе рулетку, которой можно было пораниться, и стал играть с ней. Он вытаскивал ее и защелкивал обратно, все это беспокойно проделывалось много раз подряд, он не остановился до тех пор, пока она не сломалась. Когда это произошло, его поведение изменилось. Это был совсем другой мальчик. Он стал более сговорчив, почти заискивал передо мной и много раз переспросил, смогу ли я починить рулетку. Я думаю, что в этом интервью мальчик продемонстрировал причину своего расстройства. Его беспокойство, очевидно, было связано с мастурбацией. Его страхи были основаны на том, что он мог нанести себе вред. Его поведение менялось от недоверия, подозрительности, повышенной терпеливости к пассивному призыву каждый раз, когда он был напуган тем, что своей мастурбацией нанес себе вред. Но такие случаи редки настолько редки, что в Хемпстедской клинике мы пытаемся сейчас сравнивать диагностические интервью с теми знаниями, которые мы получаем при последующем анализе случая.

Был еще один интересный случай мальчика двенадцати с половиной лет. Он был выходцем из Греции, маленький странник в Лондоне, который имел несчастье жить со своими родителями в доме, который был ограблен однажды ночью. Он и его

сестра были разбужены происходящим. Они стояли у окна и смотрели, как воры уходили с их пожитками. С того момента у мальчика развилось состояние повышенной тревожности, он боялся выходить один из комнаты, выходить на улицу без матери, ходить в школу. Вопрос заключался в следующем: почему относительно безобидное переживание оказало на него такое травмирующее действие. В диагностическом интервью с психиатром он описал происшествие более живо: он увидел человека с белым узлом, перелезающего через забор, и сказал, что он знает, что спрятано под этим узлом – длинный острый нож. Он также очень испугался за свою сестру, поскольку читал в газете про мужчин, которые убивают ножом маленьких девочек. (В газете действительно сообщалось о двух случаях изнасилования малолетних девочек, которые затем были убиты.) В его описании случая сам он был в безопасности – угроза была нацелена на его сестру. Затем он стал рассказывать о других вещах, которые прочел в газете. Там были грабители почтового фургона и мешки ценной почты, украденные из него. Он сказал, что очень волнуется за этот фургон, хотя «Я не знаю почему, ведь я в конце концов не почтовый фургон». Потом он добавил: «Иногда мой дядя дает мне письмо, чтобы я передал его отцу, вот тогда я действительно почтовый фургон». Я думаю, что тем самым он привел нас прямо к причине, по которой незначительная кража оказала такое сильное воздействие на него. Эта история возбудила его пассивные фантазии, в которых он видел себя женщиной, изнасилованной и убитой мужчиной, — так же как, неся письмо, он превращался в фургон и затем становился жертвой нападения.

Другой случай связан с мальчиком, который находился в Лондоне во время бомбежек и был ранен вместе с матерью. Хотя мать никогда уже не поправилась физически, они оба вышли из шокового состояния, но у мальчика развилось сильное состояние тревоги. В процессе интервью с этим мальчиком выяснилось, что его отец развелся с матерью, и мальчику кажется, что отец сидит в каждом самолете, пролетающем над Лондоном. Хотя это происходило уже в мирное время, ему казалось, что отец может в любой момент начать бросать бомбы с самолета. Это еще раз ясно показывает, что у мальчика имеется пассивная установка по отношению к отцу, от которого он ожидает нападения.

Вот, возможно, более простая история о девочке, которая перестала выполнять свои обычные обязанности в школе и дома. Ее родители были в разводе, а она жила с бабушкой и дедушкой.

Обстоятельства жизни угнетали ее, и они были действительно удручающи. Но на интервью она сказала психиатру, что знает, откуда ее расстройство. Бабушка настаивала, чтобы она завтракала дома, до выхода в школу; в школе перед уроками она также должна была съесть завтрак. После уроков она обедала в школе, и по возвращении бабушка заставляла ее обедать вместе с ней. «Ни один желудок не выдержит два разных завтрака и два обеда», — сказала девочка. В действительности же ее любовь была разделена между родителями, с одной стороны, и бабушкой и дедушкой — с другой.

Психологические тесты как помощь при диагностике. Если бы диагностическое интервью с детьми в латентном периоде всегда было таким, как описано выше, то не существовало бы никаких проблем. Но я еще раз хочу подчеркнуть, что обычно бывает как раз наоборот. Я думаю, что именно такое положение дел привело к распространению тестов в детских клиниках. Психологические тесты должны представлять собой кратчайший путь к выяснению того, что намеренно или ненамеренно скрывает ребенок, того, что ускользает от внимания психиатра. Действительно, я нахожу тесты интеллекта в сочетании с другими видами обследования полезными, особенно тогда, когда наблюдается серьезное расхождение между результатами тестов и поведением ребенка в школе. Ребенок с высокими показателями IQ, которого в школе считают тупицей, без сомнения должен быть обследован более тщательно. Проективные тесты также могут давать подсказку, но эта проблема слишком широка, чтобы обсуждаться здесь; к тому же я не эксперт по вопросам тестирования.

Связи между поведением и внутренним конфликтом. Я лучше обращусь к другому вспомогательному средству диагностики и оценки, которое с приобретением опыта и навыков все более кажется мне полезным. Я полагаю, что как аналитики мы недостаточно используем наблюдение за поведением. Поведение, между прочим, есть внешнее выражение внутренней жизни ребенка. Хотя поведение может быть обманчивым и свидетельствовать о множестве скрытых причин, тем не менее существуют определенные типы или образцы детского поведения, которые соответствуют конкретным причинам и которые поэтому позволяют нам делать непосредственные заключения о центральном бессознательном конфликте.

Аналитикам это знакомо из их исследований типов характера. Возьмем, например, детский анальный характер. Такие дети демонстрируют определенные типичные черты, которые обычно бывают взаимосвязаны: аккуратность, опрятность, любовь к порядку, развитое чувство правдивости, хорошее чувство времени, разумное обращение с деньгами, а также черту, не очень приятную для родителей — повышенную медлительность в действиях и трудности при принятии решения. Если вы хотите узнать, обладает ли ребенок указанными чертами характера, нужно спросить у матери, как долго ребенок одевается по утрам; если полчаса или больше, то стоит также выяснить, не присутствуют ли и другие вышеназванные черты. Трудность принятия решения проявляется обычно в постоянном обращении к матери за советом, как поступить в том или ином случае. Работа аналитика со взрослыми пациентами и детьми показывает, что где бы ни обнаруживались эти формы поведения, исходный конфликт коренится в анально-садистической фазе развития. Мы также знаем, что у такого ребенка есть определенные проблемы с драчливостью: его желание совершать агрессивные действия и нормальное желание пачкаться оказываются слишком сильно подавлены.

С течением времени наша способность оценивать чистое поведение, представленное в чертах характера, возросла. Существуют четкие образцы поведения, которые демонстрируют дети в школе. Например, учитель озабочен тем, как помочь слишком робкому ребенку, который стесняется говорить публично. Это дети, которых все время приходится упрашивать выполнить какое-либо задание на виду у класса, принять участие в постановке пьесы или декламации стихов, работать на виду у других. Теперь мы знаем, что у таких детей конфликт затрагивает их исходный эксгибиционизм. Их желание выставлять свое тело и его части, свои достижения, свою положительность или отрицательность столь велико, что они вынуждены защищать себя от этого путем формирования застенчивости как реакции. Это легко установить. Когда же такие дети не только робки, но и неспособны к соревнованию, оттесняют себя на задний план, мы знаем, что они борются не только со своим эксгибиционизмом, но также и с агрессивным желанием превзойти всех. Мы можем диагностировать другой тип поведения. Ребенок, который валяет дурака и не может не смешить окружающих, на самом деле очень честолюбив; его главное желание — быть великим героем, подняться над всеми остальными, совершать необыкновенные

подвиги. Его главная проблема коренится в фаллической стадии развития. Когда фаллические желания рушатся, остается только одно: оставаться в центре внимания, но уже для того, чтобы быть предметом осмеяния, а не восхищения. Когда бы мы ни слышали о таком поведении, мы можем сделать вывод о том, что в действительности происходит с ребенком.

Мы также изучили, что нужно делать с ребенком, который жалуется, что все против него, что учителя и одноклассники издеваются, смеются над ним, не хотят дружить, унижают его. Мы не думаем, что такому ребенку помог бы перевод в другую школу. Здесь напрашивается вывод, что он страдает от пассивных фантазий, которые исполняются в таком очевидно оскорбительном поведении людей из его окружения.

Сходным образом мы знаем что означает, когда ребенок обеспокоен здоровьем своих родителей и братьев; я думаю, что сегодня не нужно обращаться в детскую клинику затем, чтобы установить, почему 7-летний мальчик встает рано утром и прислушивается к дыханию своего спящего брата, опасаясь, что тот не дышит, что он мог умереть ночью во сне.

Скука является другим типом поведения, который мы можем определить. Из аналитической практики известно, что скука определенно означает подавление ребенком очень важного желания делать что-либо, давать выход некоторым сильным импульсам. Очень часто таким желанием является потребность мастурбировать. Иногда это желание предаваться сильным либидозным фантазиям, которые запрещены внутренней цензурой. Если ребенок успешно подавляет желаемую деятельность, то больше уже ничего не представляет для него интереса. Это значит, что в дальнейшем он будет делать это, но пикантность этих действий будет утрачена. Она вернется только в случае восстановления в сознании хотя бы исходной желаемой активности в процессе лечения.

Существуют и другие сигналы. Некоторые дети, когда им скучно, ощущают пресный вкус во рту. Им все кажется глупым. Это происходит, когда подавленные фантазии относятся к оральной сфере и необходимо что-то делать с удовольствиями, связанными со ртом, в процессе поглощения пищи, оральным взаимодействием с объектом любви. Пресный вкус соответствует чувству скуки в сознании ребенка.

Другая область, дающая много подсказок, — наблюдение за поведением ребенка в ходе физической болезни. Когда преподаватель клиники описывает поведение ребенка, поранивше-

го колено, из которого идет кровь, или поведение при высокой температуре, различные типы поведения будут ясно указывать на внутренние конфликты ребенка. Приведу один пример; я уже говорила о трудности диагностики очень агрессивных мальчиков, чья агрессия вызвана единственно их страхом собственной пассивности. Это легче сделать, когда вам рассказывают об их поведении во время болезни. Рассмотрим в качестве примера двух сильных, маскулинных, агрессивных мальчиков. Допустим, они оба заболели или получили незначительную рану, из которой идет кровь. Действительно, активный мальчик не будет озабочен этим вообще. Он будет смеяться, демонстрируя смелость и мужественность — подумаешь, порез! А храбрость второго лопнет как мыльный пузырь. Его агрессивность и мужественность исчезнут разом, он будет исполнен тревоги из-за страха ущерба, обнаружив женственность и пассивность, которые он до сих пор успешно скрывал с помощью преувеличенно маскулинного поведения. Существует множество подобных индикаторов.

Я так подробно говорю обо всем этом потому, что верю — в будущем увеличение наших знаний даст возможность проводить более точную диагностику, опираясь на образцы поведения. Я надеюсь, что каждый год аналитической работы с детьми будет давать понимание как минимум одной новой модели поведения или черты характера. В конце концов мы научимся понимать большинство поведенческих актов и переводить их на язык внутренних расстройств, что позволит нам задавать ребенку меньше вопросов в процессе диагностического интервью. Но может быть, мои ожидания слишком оптимистичны.

Диагностика маленьких детей

Доступность материала. Насколько защитные механизмы скрывают внутреннюю жизнь ребенка в течение латентного периода, настолько же открыт маленький ребенок, в частности, во время диагностического интервью. То, что встречается в порядке исключения у школьников, является правилом для малышей. Каждый из них готов проиграть свой конфликт на глазах у психиатра либо с помощью игрушек, либо демонстрируя конфликт всем своим поведением. Например, маленький мальчик, исполненный страха кастрации, будет ходить по комнате в поисках сломанных выключателей, будет искать любые поломанные вещи, которые способствуют усилению его тревоги.

Я никогда не забуду 4-летнего мальчика, которого мне пришлось наблюдать. Он был из очень неблагополучной семьи, где часто случались драки. Ему дали поиграть с игрушечной мебелью. Мебель предназначалась для разных комнат, и большинство детей правильно размещали ее по соответствующим комнатам. Этот мальчик играл совсем по-другому: разные предметы у него дрались друг с другом. Столы дрались со стульями, а шкафы со столами. В кукольном доме скоро все было перевернуто вверх дном и закончилось тем, что раковина в кухне напала на печь. И так происходит всегда: дети открыто демонстрируют свои заботы, как в приведенном примере.

Оценка симптоматики маленьких детей. Несмотря на доступность конфликта наблюдению, правильная оценка настоящих инфантильных расстройств все же затруднена. В прошлом, возможно, матери приводили в клинику своих детей только в тех случаях, когда налицо был определенный невроз; сейчас их приводят с расстройствами любого рода. Может быть, это потому, что мы убеждали матерей не пытаться справиться с возникшим расстройством самостоятельно. Но следует ли им вообще обращать внимание на мельчайшие проблемы и искать помощи? С другой стороны, мы хотим, чтобы матери обращались за помощью и получали ее. В действительности расстройства наблюдаются в любой сфере жизни ребенка. Таковы нарушения сна: ребенок либо просыпается среди ночи, либо не может уснуть. Это также любое нарушение питания: ребенок ест слишком много или слишком мало, отказывается есть какие-то виды продуктов, капризничает, ставит различные условия во время кормления. Встречаются также трудности произвольного контроля дефекации и мочеиспускания, и матери годами приходится бороться с этой проблемой. Часто матери жалуются, что ребенок беспокоен и неусидчив, и с этим невозможно справиться. Это расстройство контроля подвижности. Существует также апатичность, когда мать не может заинтересовать ребенка и добиться, чтобы он делал то, что от него требуют. Есть дети, которые ломают и разрушают все, что встречается на их пути. И, пожалуй, самое худшее, это дети-саморазрушители, подверженные травмам, постоянно ранящие себя. Есть и такие, которые привязаны к своей игрушке и не расстаются с ней никогда. Другие же, напротив, меняют игрушки одну за другой, выбрасывая надоевшую ради новой.

Итак, мы обнаружили расстройства во всех сферах жизни ребенка; но как их классифицировать? Являются ли расстройства такого плана неврозами? Или мы называем их неврозами только тогда, когда они достигают определенной степени выраженности, состояния внутреннего конфликта? Должен ли наш вывод опираться на величину причиненного ущерба? Или мы должны учитывать силу страдания, которое испытывает ребенок из-за этого расстройства?

Мне кажется, что в настоящее время инфантильные неврозы представляют собой обширное поле, на котором огромное множество людей пытается навести порядок. Ученым из разных стран удалось разграничить наиболее серьезные расстройства; прежде всего укажем на детей, которые близки к психотикам, это дети, полностью изолированные от внешнего мира, неспособные установить контакт с матерью или другими детьми; они не учатся говорить и обнаруживают дефекты в умственном развитии. Таких детей в одних местах называют аутичными, в других — шизофрениками.

Если мы выделим эту группу, останутся расстройства, которые схожи с невротическими расстройствами более позднего возраста. Есть дети, у которых развиваются фобические реакции определенного типа, когда страх вызван каким-то предметом или явлением. Это может быть страх шума или животного. Не так давно буку, домового, которыми раньше пугали детей, заменил пылесос и другие электроприборы. У детей с фобиями любой предмет, которого они боятся, символизирует главную угрозу. Такие хорошо известные и почти вездесущие фобические реакции, тем не менее, трудно классифицировать.

Есть дети, которые в раннем возрасте демонстрируют определенные навязчивости, известные как ритуалы засыпания. Но, как было сказано выше, подобные ритуалы проходят, когда завершается обучение навыкам гигиены. Особый интерес представляет то, что дети обращаются к животным, которые выступают либо как пугающий объект, либо как защитник или покровитель. Часто животные выполняют обе функции одновременно. Я помню маленького мальчика, который не мог уснуть без своей собаки, живой собаки. Собака должна была защитить его от ночных взломщиков, которые могли влезть в дом. Но когда он лежал в постели и собака была рядом, он начинал бояться, что пес укусит его, и опять не мог уснуть. Этот пример показывает два значения одного животного, последовательно сменяющие друг дру-

га. Такие проявления свидетельствуют о наличии у ребенка амбивалентного конфликта.

Подобным образом можно рассмотреть все психосоматические симптомы. Но я чувствую, что мы не уйдем далеко в наших усилиях по диагностике до тех пор, пока будем просто перечислять симптомы или составлять список, аналогичный неврозам взрослых. Такой перечень симптомов не дает ни малейшей подсказки при оценке тяжести расстройства у ребенка. Я думаю, оценка должна подчиняться различным принципам в их совокупности, и я бы рекомендовала опираться на три основных положения. Научившись применять не один, а все три принципа сразу, мы будем чувствовать себя в безопасности. Если используется только один из них, мы, как правило, ошибаемся в своей оценке.

Три принципа оценки. Первый принцип, или аспект, заключается в рассмотрении нарушения у ребенка с точки зрения прогресса или задержки нормального развития, замедления, полной остановки развития или движения в обратном направлении. Когда мы слышим жалобы матери, необходимо мысленно представить этого ребенка в соответствии с нормами развития его инстинктов, с одной стороны, и его эго — с другой. Для этого необходимо некоторое знание последовательности фаз развития либидо в первые 5 лет жизни: оральная, анальная и фаллическая. С другой стороны, необходимо знание о развитии различных функций эго, таких, как память, различение внешнего и внутреннего, интеграция ощущений и восприятий, контроль подвижности. Мы должны приблизительно знать, где находится ребенок относительно его возраста, и затем оценивать, что произошло. Остановилось ли его развитие? Или оно слишком медленно? Развивается ли ребенок слишком быстро? Или пошел назад? В случае более сильных расстройств мы всегда находим, что ребенок, вместо того чтобы двигаться вперед, откатывается назад. Я думаю, можно даже согласиться, что там, где развитие идет вперед, а не назад, в лечении нет необходимости; мы можем положиться на время. Когда же развитие останавливается или идет в обратном направлении, ребенок нуждается в помощи.

Второй аспект касается поведения ребенка по отношению к объектам любви в своем окружении. В последние годы мы много узнали об этом, особенно о различных аспектах привязанности ребенка к матери. Близость к матери может быть слишком сильной или недостаточной; затем наступает время, когда ребенок

должен отдалиться от матери, должен быть способен двигаться дальше самостоятельно. Мы рассматриваем его способность к переносу либидо с первого объекта любви на отца, братьев и сестер, его способность удаляться от людей и приближаться к ним снова. Если мы имеем представление о том, что считается нормальным отношением к объекту у ребенка, и диапазоне нормальности, мы можем оценить степень расстройства. Но будет ошибкой оценивать ребенка исключительно в понятиях отношений к объекту или исключительно в понятиях развития. Нужно также рассмотреть третий принцип.

Ребенок может находиться в конфликте с матерью или окружением. Он чего-то хочет или его инстинкты влекут его к чему-то, а окружающие препятствует этому. Возникает конфликт, сопровождаемый нарастающей тревогой. Такой внешний конфликт может быть решительно преодолен, когда окружающие или их поведение изменяется. Поэтому мы относимся к ним менее серьезно. Но такие конфликты могут переходить во внутренний план, когда ребенок идентифицирует себя с желаниями окружающих. Тогда конфликт продолжается внутри между инстинктом и защитой. Никакое изменение в поведении окружающих не сможет теперь повлиять на устранение нарушения. Бывают даже более серьезные конфликты, например, борьба между какими-либо двумя установками ребенка: его маскулинностью и феминностью, его любовью и ненавистью, его желанием сохранить объект любви и атаковать его. С этим, конечно, окружающие ничего поделать не могут. Это сугубо внутренние конфликты.

Я приведу пример, иллюстрирующий практическое значение такого деления конфликтов на внешние, интернализованные и собственно внутренние. Давайте рассмотрим нарушение питания. Есть дети, которые не едят, сопротивляясь своей матери. Это внешний конфликт. Заберите ребенка от матери, позвольте ему есть в детском саду или больнице, то есть в отсутствие матери, и это нарушение исчезнет. Но вот дети, которые не едят потому, что пища, по их мнению, живая, и они не хотят убить ее. Это можно увидеть, предлагая ребенку пищу, по форме напоминающую животных. Есть дети, которые думают, что то, из чего состоит пища, было нечистотами, и учатся или окружающие их учат не притрагиваться к этому. Это может быть причиной многих капризов в еде. Такой конфликт уже является интернализованным. Случается также, к счастью, в более позднем возрасте, дети не едят из-за инстинкта саморазрушения, потому что они

не хотят жить. Здесь борются друг с другом воля к жизни и воля к смерти.

Я думаю, вы согласитесь, что расстройства этих трех типов требуют совершенно разных видов лечения. Было бы бесполезно давать советы матери, когда у ребенка имеется внутренний конфликт. С другой стороны, было бы бессмысленно анализировать ребенка, если его конфликт вызван внешними причинами и может быть устранен простым советом матери. Для меня это означает, что правильная оценка в детской клинике необходима для правильного выбора методов лечения. Все сведения, которые мы можем собрать, чтобы сделать оценку более легкой и полной, конечно, необходимы и желанны.

ОЦЕНКА ПОГРАНИЧНЫХ СЛУЧАЕВ

Общие замечания по поводу оценки

Детский невроз. Оценка пограничных случаев у детей является лишь разделом диагностики ранних детских нарушений в целом. Существуют общие правила, которыми впоследствии можно будет пренебречь и которые рассматривают детский невроз в узком смысле. Это правомерно не только по отношению к диагностике, но и в отношении техники. Едва ли стоит повторять, что техника детского анализа произошла из анализа взрослых и применялась к детям с детским неврозом в строгом смысле. Психоаналитические клиники для детей создавались специально для работы с детским неврозом, поскольку он является предшественником нарушений у взрослых. Хотя хорошо известно, что встречаются случаи спонтанного выздоровления, предполагалось, что безопаснее не ждать, пока невроз пройдет сам, а лечить его в тех случаях, когда он принимает серьезные формы.

Понятие детского невроза нуждается в определении. Мы полагаем, что детский невроз развивается в период эдиповых конфликтов, когда ребенок не может преодолеть ни эдипов комплекс, ни комплекс кастрации, ни их комбинацию, и в результате регрессирует до более ранних точек фиксации. На этих точках фиксации эго ребенка сталкивается с примитивными способами удовлетворения, с которыми эго не может бороться. Как следствие возникает внутренний конфликт, который на поверхности проявляется в виде симптомов. Если искать прототипы детского невроза, то их можно найти в таких случаях, как Человек-Волк,

Маленький Ганс, мой случай с ребенком, страдающим от навязчивости и т. д.

Вернемся к открытию клиник. В то время мы не были уверены, сможем ли мы убедить родителей, что такие дети должны пройти лечение и что родителям не следует ожидать, будто дети смогут «перерасти» этот невроз. На самом деле, это легче продемонстрировать, чем объяснить. Клиники для детей были открыты, посыпался град обращений за помощью – с такой ситуацией можно встретиться где угодно.

Неневротические нарушения. Неожиданностью стало другое, — это те случаи, с которыми столкнулись клиники. Большинство историй не соответствовало представлению о детском неврозе. Нарушения и конфликты многих детей были далеки от эдиповой сцены, они фактически никогда не достигали эдипова уровня, и, следовательно, их нельзя было описывать как регресс с этого уровня на более низкий. Оказалось, далеко не просто навести порядок в хаосе клинических картин.

Одни дети страдали нарушениями жизненно важных функций, таких, как питание, сон, позже — научение; другие демонстрировали необычную задержку в приобретении таких жизненно важных навыков, как ходьба, навыки гигиены, речь. Много было таких, чье развитие остановилось, особенно часто это наблюдалось при переходе с одной стадии на другую. Подобные случаи практически вытеснили фобии и зарождающиеся неврозы навязчивых состояний, хотя они все же имеют место[1].

Существует серьезная проблема оценки, которую не так-то легко решить. Мы сомневаемся, все ли эти нарушения функций и возможностей представляют начальную стадию невротического развития, которое впоследствии приведет к детскому неврозу, если их не лечить. Такие нарушения могут также означать неудачную попытку формирования невроза и могут быть названы преждевременным неврозом.

Несомненно, что этот разнообразный материал не укладывается в старые диагностические рамки, где различаются неврозы, психозы, диссоциация, интеллектуальный дефицит и т. д. Назовем ли мы некоторые из нарушений психотическими, то есть шизофренией, зависит во многом от диагностических пози-

[1] Мы знаем, что исчезновение или ослабление мастурбации повлияло на изменение картины детского невроза. С другой стороны, это не объясняет, почему подобные нарушения в настоящее время наблюдаются в более раннем возрасте.

ций терапевта. Однако может быть и так, что проявление симптомов и формы поведения таких детей обнаруживают тесную связь с картиной болезни у взрослых пациентов, которая попадает под эту классификацию.

Существует дополнительная трудность из-за того, что прежние четкие различия между эмоциональными и интеллектуальными проблемами за несколько последних десятилетий смешались. Мы потеряли эту ясность, когда узнали, что эмоциональная депривация в первые годы жизни может сильно повлиять на интеллектуальное развитие. Наблюдаемый ребенок может по всем признакам выглядеть как психически неполноценный, но при этом мы не можем уверенно сказать, родился ли он с дефектом психического аппарата или его эго-система не получила достаточной стимуляции и мотивации в начале жизни. Эмоционально депривированные дети не могут воспринимать окружающее с интересом и, следовательно, не могут развивать свои интеллектуальные функции.

Метапсихологическая оценка. Если, учитывая все вышесказанное, мы решаем отказаться от привычной диагностической дифференциации, то остается пробел, который необходимо заполнить. Оставляя в стороне всевозможные ярлыки, будет полезно обратиться к метапсихологической оценке и тем самым попытаться подойти к проблеме диагностики с разных сторон. На это может понадобиться некоторое время, пока все несоразмерные части не будут снова собраны воедино.

Оценка с точки зрения развития. Поскольку дети всех возрастов — это незрелые человеческие особи, чья будущая нормальность зависит от того, смогут ли они достичь зрелости, состояние или уровень их развития должен быть предметом глубочайшего изучения диагноста. Есть дети с более или менее серьезными нарушениями, которые, тем не менее, продолжают развиваться и переходить с одного уровня на другой. У других развитие затормозилось либо в определенных сферах, либо полностью. У третьих развитие проходило удовлетворительно до какого-то определенного момента, а затем пошло вспять до некоторой точки фиксации. Детский невроз наблюдается только там, где силы регресса затронули сферу либидо. Там, где регресс либидо и эго протекает одновременно, конфликта не возникает; ребенок спускается на более низкий уровень. и мы в результате наблюдаем инфантилизм.

Оценка пограничных случаев

Нельзя сказать, что было бы неправильно использовать при анализе эти три пункта — развитие, задержка развития и регресс, — как основу для диагностической классификации. Эта классификация может быть усовершенствована, если мы изучим разные части личности ребенка на достигнутом уровне развития. Есть дети, почти нормально развитые (имеются в виду их инстинктивные желания, включая эмоциональные отношения), но которые при этом отстают в личностном, моральном развитии, в построении защит. Наше прежнее суждение о ребенке как о «не по годам развитом» или «отсталом» должно быть пересмотрено, каждая часть психической системы должна быть оценена отдельно и достигнутые уровни должны сравниваться друг с другом.

Оценка по типу конфликта. Существует другой аспект, настолько полезный, что трудно понять, почему он не использовался в диагностических целях. Я имею в виду усиление степени конфликта у индивида, что очень важно для определения патологического результата. Психоаналитическое исследование познакомило нас с тремя типами конфликта: 1) внешний конфликт, происходящий между ребенком и окружающими; 2) межсистемный конфликт, протекающий между различными подструктурами личности, например между ид и эго, эго и суперэго, суперэго и ид; 3) внутрисистемный конфликт — внутри структуры ид, между противоположно направленными побуждениями, такими, как активность-пассивность, маскулинность-фемининность, любовь-ненависть. Оценка нарушений по типу конфликта дает также намек на возможные типы терапии, которые могут быть использованы при лечении. Руководство или воспитательные меры могут помочь при внешних конфликтах; анализ идеально подходит для межсистемных конфликтов, для которых он, собственно, и разрабатывался. Если у ребенка наблюдается конфликт между влечениями, годится любой интенсивный метод, хотя тут перед специалистами стоит очень трудная задача.

Оценка на диагностической стадии. Можно предположить, что упомянутые утверждения встретят множество возражений в психоаналитическом мире. Как аналитики, мы обычно не даем оценку состояния пациента, за исключением оценки на основе материала, полученного во время анализа. Но если мы привержены столь осторожному подходу к проблеме диагностики, то в начале конфронтации с пациентом мы остаемся не более чем с

рядом его симптомов и описательной системой. Я предлагаю более смелый подход, который позволит пойти дальше.

Однажды решив отказаться от диагностических категорий, присущих описательной психиатрии, разработанной для психопатологии взрослых, и важности симптоматологии как таковой, мы можем надеяться более энергично перейти к этим сторонам личности пациента. В случае с ребенком это будут прежде всего аспекты развития. Также при изучении ребенка мы не ограничиваемся тем, что ребенок должен сказать о себе, но учитываем огромное количество данных от окружающих его людей, например описаний родителей, учителей и т. д. Не все данные будут достоверны, но имеется множество поведенческих и внешних признаков, которые для грамотного аналитика могут стать диагностическими подсказками и указателями.

Оценка пограничных случаев

Вернемся к нашему вопросу о пограничных случаях. Существует множество определений этого понятия, наиболее общее соответствует клинической картине на границе между неврозом и психозом. Существует негласное соглашение по применению этого понятия — как делали мы в Хемпстедской детской клинике, — к целому ряду расстройств, которые не укладывались в определение детских неврозов, но, отличаясь от них, обычно вели к более серьезной патологии.

Если это понятие понимать таким образом, то мы придем к случаям, находящимся не только на границе между неврозом и психозом, но также на границе умственной отсталости, делинквентности, перверсий и т. д. Понятно, что границы между этими расстройствами не всегда четко очерчены. Известно, что все дети определенных возрастов обладают специфичными делинквентными чертами, или, говоря проще, в определенные периоды развития от детей следует ожидать антисоциального или асоциального поведения. Безусловно, то же самое касается перверсий. Существует, по нашему мнению, даже «граница» между невротичным и аутичным ребенком, поскольку аутичные черты (замкнутость) могут проявляться в картине детского невроза.

Проблема «качество против количества». Прежде чем оценить состояние ребенка как пограничное, выходящее за рамки детского невроза, мы должны спросить себя, на какой основе

сделан этот вывод — на основе наблюдений за количественными или качественными характеристиками? Сильная, нарастающая симптоматика редко отличается от качественного своеобразия их проявлений.

Хороший пример в этом отношении — приступы страха у детей с фобиями. Они могут достигать огромной силы и поэтому могут быть приняты за приступы ярости у детей-психотиков. Другой пример представляют совращенные дети, например случай Эрны Фурман (1956). Поведение таких детей, вызванное травмой, может быть настолько ненормальным, неустойчивым, нестандартным, что возникает соблазн квалифицировать его как шизофрению. То же самое верно для мальчиков с сильным страхом кастрации. Хотя это нарушение связано со страхом кастрации в фаллической фазе и представляет детский невроз, такое поведение несомненно «сумасшедшее», то есть явно психотическое.

В оценке феномена пограничности первым важным шагом является разграничение количественного роста и качественного своеобразия.

Проблема качественного отличия от невроза. Перейдем к случаям, качественно отличным от неврозов. Такие различия могут быть в *содержании ид*, если рассматривается глубина регрессии или степень задержки развития. В любом случае такие дети не функционируют на эдиповом уровне. Но если регресс невротичного ребенка останавливается на анально-садистской или оральной точке фиксации, то пограничные дети опускаются на более ранние уровни, если только не регрессируют полностью. Конечно, существует вероятность, что невротическая манифестация, то есть регресс на предыдущие точки фиксации, проявляется одновременно с очень ранними фиксациями и создает смешанную клиническую картину.

Другое важное качественное отличие касается детских либидозных привязанностей. Мы чувствуем, что ребенок находится рядом с «границей», если его либидо отторгнуто от мира объектов и обращено либо к своему телу, либо к своему эго. Часто бывает, что такие дети делают то, о чем нормальный ребенок даже и не мечтает. Вместо того, чтобы бороться за право устанавливать и сохранять отношения с окружающими, они добровольно уходят в себя, остаются в постели или спят, предпочитая одиночество компании других людей.

Часто подчеркивалось, что неспособность ребенка получать радость от его объектов есть ранний признак серьезной патологии. Здесь рассматривается граница между аутоэротизмом и объектными отношениями, предпочтение отдается первому.

Дифференциальный диагноз такого рода не всегда прост. Я помню оценку 13-месячной девочки, у которой были серьезно нарушены отношения с матерью. При приближении матери она всегда начинала кричать. Она не принимала никакой помощи от матери и замыкалась; это производило зловещее впечатление. Лучше всего ей было тогда, когда ее укладывали спать и она оставалась одна, свободно предаваясь сосанию пальца.

Удивительно, что этот ребенок, которого заподозрили в умственной отсталости, совершенно нормально реагировал на наблюдателя. Из этого мы можем заключить, что способность к установлению объектных отношений была утрачена или не была развита и что травматические события перевели источники комфорта от объектов окружения в ее собственное тело.

Наш диагноз был подтвержден данными, что некоторое время ребенок находился на попечении няни, которая страдала шизофренией и неуправляемыми приступами ревности, а также ссорилась с матерью девочки у нее на глазах.

Вернемся снова к дифференциальному диагнозу: я не сомневаюсь, что данный ребенок, если ему не помочь, в дальнейшем станет не травмированным, боящимся объектного мира, а умственно неполноценным ребенком, который также не способен к созданию значимых объектных отношений.

Для рассмотрения следующего качественного отличия мы должны заглянуть в *сферу эго.*

Первое, что приходит на ум, это безопасность так называемых границ эго (Федерн). Мы рассчитываем на то, что с двухлетнего возраста в сознании ребенка складывается ясное представление о границе между своим телом и эго и людьми из ближайшего окружения. Мы считаем естественным и нормальным для младенца считать части тела матери своими собственными либо рассматривать свое и ее тело как целое.

Такое положение часто проявляется в том, что дети этого возраста сосут пальцы матери вместо своих, или, несколько позднее, подносят ложку с пищей поочередно к своему рту и рту матери. Это правда, что в некотором отношении мать будет в течение нескольких лет продолжать считать тело ребенка частью своего собственного (или по крайней мере ответственной за него).

Поэтому часто встречается, что дети, достигшие почти подросткового возраста, считают, что следить за здоровьем и гигиеной это обязанность матери, а не их собственная.

Но даже если остатки такого сращения с матерью считаются нормальным проявлением до конца детства, нормальный или невротичный ребенок будет иметь в сознании четкий образ тела с раннего возраста, и нужны очень сильные потрясения, чтобы у него пропало чувство личной интегрированности и обособленности.

Особенностью этого отношения являются огромные различия между невротическими, психотическими, аутичными или умственно отсталыми детьми. Мы лечили множество детей с пограничными случаями, которые постоянно путались в этом отношении.

Я упомяну здесь восьмилетнего мальчика, Питера, интеллектуально высокоразвитого ребенка, который часто не знает, он ли это на самом деле или его психотерапевт. Дома в его сознании происходит та же самая путаница между ним и его матерью. Например, он сломал одну из своих игрушек и стал плакать, обвиняя свою мать в том, что она это сделала.

Одна своеобразная девочка, например, имеет навязчивую потребность носить у себя на плечах медвежонка или куклу. Но если игрушку или саму девочку будет носить мать или терапевт, она сочтет эту замену равноценной. Кукла, терапевт, мать, ее собственная личность используются как взаимозаменяющие, между ними не делается никакого различия. Такое смешение между эго и другими может быть ценным указателем для диагноста.

Само собой разумеется, что качественные различия между разными типами случаев обнаружены в *функциях эго.* В качестве примера можно привести важную функцию оценки реальности. Ситуация, конечно, усложняется тем, что развитие этой функции зависит от возраста; очень маленький ребенок склонен смешивать реальность и фантазию, и мы не знаем абсолютно точно, в каком возрасте оценка реальности должна быть сформирована в полном объеме. Нормальные дети могут играть так, например, будто куклы живые и их нужно кормить, одевать, укладывать спать и т. д. В детском поведении не много намеков на то, что это: игра «понарошку» или они действительно верят в свои фантазии.

То, что мы считаем приемлемым для трех-, четырехлетнего возраста, может начать тревожить нас, когда ребенку испол-

няется пять и однажды может вырасти в серьезную озабоченность, когда наступает латентный период. В этой связи я хочу обратиться к другому случаю с высокоинтеллектуальным школьником, который проходил лечение в нашей клинике. Временами казалось, что он полностью забывал о реальности. Однажды летом произошел случай, когда он влетел в клинику с огромным подсолнухом в руках. Аналитическая интерпретация соотнесла бы цветок с фаллическим символом, и в этом не было бы ничего необычного. Но затем мальчик рассказывал всем, как до смерти напугал этим цветком своего терапевта, что она чуть не упала, когда он с цветком вошел в комнату, как он махал цветком перед ней и что люди вокруг удивлялись, что это он такое принес и т. д. То, что для другого ребенка было бы фантазией, для него было сущей правдой. Думаю, можно согласиться, что такое отсутствие чувства реальности говорит о том, что этот мальчик перешел границы невроза.

В том же направлении ведет явное отсутствие функции синтеза, когда раннее детство уже прошло.

Поскольку мы верим в хронологическую последовательность развития всех защитных механизмов, от наиболее примитивных до самых изощренных, мы наблюдаем за обратным развитием с подозрением. Мы одинаково подозрительны к наличию неневротических расстройств, когда ребенок не развивается далее первичных механизмов отрицания, проекции, интроекции, без подавления, реактивных образований, сублимации. Похоже, обратные шаги от вторичных к первичным процессам мышления или задержка на уровне первичных процессов являются зловещим диагностическим признаком.

Поскольку рассматривается дифференциальный диагноз между неврозом и психозом, важными пунктами являются конкретизация мыслительных процессов и использование языка тела. При оценке детских случаев мы лишь немного отступаем от этого. Некоторые дети в пограничном состоянии полностью перестают говорить и возвращаются на довербальный уровень развития; другие используют речь, но употребляют слова в конкретных значениях. Пятилетний замкнутый ребенок был под впечатлением станции метро в Лондоне, которая называется «Гнев короля». Для него это было не название, а образ короля, окруженного подданными, которым он отрубал головы.

Ребенок школьного возраста с пограничным расстройством, обратившийся в клинику по поводу навязчивого стремления хо-

дить по путям метро (которые символизируют для него его кишечник), обладал сверхъестественной способностью запоминать названия станций. Таким же образом он запомнил не только имена сорока детей в классе, но адреса, все названия улиц, создающих живые образы в его голове: Хобден Лейн — человек, который хромает[1]. Соответственно его пограничной замкнутости, у него не было нормальных социальных связей со сверстниками, их место заняли их имена[2].

В качестве последнего дифференцирующего принципа я бы хотела упомянуть барьер между подструктурами личности, особенно барьер между ид и эго. У совсем маленького ребенка эта граница не может быть очень четкой: мы готовы к случайным прорывам содержания ид, ведущим к тому, что известно как эмоциональные взрывы и вспышки гнева. Но по мере взросления ребенка, и особенно у невротичных детей, эти барьеры должны становиться относительно стабильными.

Резюме. В заключение я хотела бы подчеркнуть, что ни один из этих пунктов, взятый сам по себе, диагностически не значим. Они становятся значимыми только тогда, когда встречаются в комбинации. Чем больше их наблюдается у ребенка, тем более уверенно можно сказать, что мы имеем дело с неневротичным, то есть с пограничным, случаем.

---

[1] Игра слов: *Hobden* ассоциируется с *hobble* — хромой (англ.). — *Прим. перев.*

[2] Подробнее обсуждение этого случая см. у Singer (1960).

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....5

Норма и патология в детстве: оценка детского развития.....7

Глава первая. Взгляд на детство с точки зрения психоанализа.....7

Использование данных, полученных в анализе взрослых.....7

Возникновение детского анализа и его последствия.....11

Непосредственное наблюдение детей на службе психоаналитической детской психологии.....12

Сосредоточенность аналитиков исключительно на глубинном материале.....13

Глава вторая. Связь взрослого и детского анализа.....23

Терапевтические принципы.....23

Оздоровительные тенденции.....24

Техника.....25

Инфантильная зависимость и ее роль в детском и взрослом анализе.....35

Баланс между внутренними и внешними силами с точки зрения детского и взрослого психоанализа.....40

Глава третья. Оценка нормального детского развития.....43

Раннее выявление патогенных факторов; предупреждение и прогноз.....43

Внешние события и внутренний опыт.....44

Четыре сферы различий между детьми и взрослыми.....45

Концепция линий развития.....48

Регрессия как принцип нормального развития.....70

Глава четвертая. Оценка патологического развития.....81

Часть I. Некоторые общие соображения.....81

Оценка: описательная или метапсихологическая.....82
Различия статической и динамической терминологии.....85
Критерии для оценки серьезности болезни.....88
Оценка на основе развития и его составляющих.....92
Оценка по типам тревоги и конфликта.....97
Оценка по общим характеристикам.....99
Метапсихологический профиль ребенка.....102
Глава пятая. Оценка патологического развития.....109
Часть II. Детская патология как предусловие развития патологии взрослых.....109
Расстройства развития.....113
Асоциальность, делинквентность, правонарушения как диагностические категории детства.....120
Гомосексуализм как диагноз психических расстройств у детей.....135
Другие перверсии и склонности как диагностические категории в изучении детства.....145
Глава шестая. Терапевтические возможности.....157
Классическая психоаналитическая терапия для взрослых: ее сфера и определение.....158
Психоаналитическая терапия для детей: ее объяснение.....159
Заключение.....171
Диагностика и оценка детских нарушений.....174
Диагностика школьников.....175
Диагностика маленьких детей.....184
Оценка пограничных случаев.....190

Оценка: описательная или метапсихологическая.....82
Различия статической и динамической терминологии.....85
Критерии для оценки серьезности болезни.....88
Оценка на основе развития и его составляющих.....92
Оценка по типам тревоги и конфликта.....97
Оценка по общим характеристикам.....99
Метапсихологический профиль ребенка.....102
Глава пятая. Оценка патологического развития.....109
Часть II. Детская патология как предусловие развития патологии взрослых.....109
Расстройства развития.....113
Асоциальность, делинквентность, правонарушения как диагностические категории детства.....120
Гомосексуализм как диагноз психических расстройств у детей.....135
Другие перверсии и склонности как диагностические категории в изучении детства.....145
Глава шестая. Терапевтические возможности.....157
Классическая психоаналитическая терапия для взрослых: ее сфера и определение.....158
Психоаналитическая терапия для детей: ее объяснение.....159
Заключение.....171
Диагностика и оценка детских нарушений.....174
Диагностика школьников.....175
Диагностика маленьких детей.....184
Оценка пограничных случаев.....190