

М.К.Бардышевская

В.В.Лебединский

ДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

*Рекомендовано Советом по психологии УМО
по классическому университетскому образованию
в качестве учебного пособия для студентов высших
учебных заведений, обучающихся по направлению
«Психология» и специальности
«Клиническая психология»*

Москва
УМК «Психология»
2003

УДК 37.015.3
ББК 88.4
Б 247

**Бардышевская М.К., Лебединский В.В. Диагностика
Б 247 эмоциональных нарушений у детей: Учебное пособие. М.:
УМК «Психология», 2003. 320 с.**

В пособии представлен многолетний опыт работы авторов с детьми с эмоциональными нарушениями. Рассматриваются основные принципы диагностики эмоциональных нарушений у детей. В первой главе дается общее представление о строении системы эмоциональной регуляции, феномены аффективных нарушений распределяются по уровням. Во второй и третьей главах представлена методика диагностики эмоциональных нарушений у детей. Выделены две главные линии диагностики: особенности возрастной динамики основных новообразований эмоциональной сферы и состояние и динамика эмоциональной регуляции ребенка. В качестве иллюстрации в четвертой главе разобраны примеры диагностики развития детей с тяжелыми нарушениями эмоциональной регуляции.

Для студентов факультетов психологии высших учебных заведений, дефектологов, практических психологов и психиатров.

ISBN 5-93692-050-X

© Бардышевская М.К., Лебединский В.В., 2003
© УМК «Психология», 2003

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	8
-------------------	---

Глава 1

Аффективное развитие ребенка в норме и патологии

Введение в проблему	12
Уровни эмоциональной регуляции: строение, признаки нарушений	17
Первый уровень — уровень оценки интенсивности средовых воздействий	18
Нарушения сензитивности к сенсорным воздействиям, исходящим от другого человека	20
Гиперсензитивность к отдельным классам воздействий ...	24
Чувствительность к боли и интероцептивным сигналам	26
Второй уровень — уровень аффективных стереотипов	28
Нарушения ритмичности физиологических процессов	31
Фиксация изолированных ранних форм взаимодействия с матерью	32
Стереотипии в моторике, игре, рисунке, речи, коммуникации. Отличия стереотипий от стереотипов	34
Третий уровень — уровень аффективной экспансии	36
Ослабление аффективной экспансии в условиях эмоциональной депривации	40
Стимулы, специфичные для уровня аффективной экспансии, и поведение, направленное на овладение ими в норме и патологии	46
Четвертый уровень — уровень базальной аффективной коммуникации	61
Варианты нарушения координации различных видов контакта (тактильного, глазного, голосового)	64
Варианты нарушения привязанности между матерью и ребенком	76
Пятый уровень — уровень символических регуляций ...	82
Условия перехода к символизации эмоционального опыта	84
Нарушения символизации эмоционального опыта	89

Глава 2

Методика оценки нарушений эмоциональной регуляции

Карта оценки	99
Первый уровень — оценки интенсивности воздействия	99
1. Нарушения специфической чувствительности (по модальностям)	99
2. Явления гипер- и гипосензитивности к внутренним ощущениям	103
3. Нарушение интеграции контактных и дистантных признаков:	103
4. Неадаптивные способы реагирования в ситуациях с повышенной сенсорной нагрузкой	103
Оценка	103
Второй уровень — уровень аффективных стереотипов	104
1. Нарушения стереотипов в определенных сферах психического развития	104
2. Общие нарушения пластичности стереотипов	106
Оценка	107
Третий уровень — уровень аффективной экспансии	107
1. Тормозящее воздействие стимулов, связанных с пространством (высота, глубина, удаленность, закрытое и открытое пространство, физический барьер)	107
2. Недостаточность реакции на новизну объектов	109
3. Сложность предмета/материала как непереносимая перегрузка:	109
4. Недостаточность специфической игровой активности с предметами (сам предмет как препятствие)	109
5. Недостаточность активности, направленной на присвоение предметов и территории	110
6. Интерес к страшному, грязному, мертвому:	112
Оценка	112
Четвертый уровень — уровень эмоциональной коммуникации	112
1. Нарушения активной подачи и считывания эмоциональных сигналов	112

2. Нарушение способности к аффективному заражению, подражанию и разделению опыта со взрослым	115
3. Сильные искажения или недоразвитие поведения привязанности в диаде «мать—ребенок»	117
4. Нарушения социального поведения в коллективе детей (стадного поведения)	120
Оценка	121
Пятый уровень — уровень символических регуляций эмоциональными процессами	122
1. Нарушения предпосылок обобщения/различения эмоционального опыта	122
2. Фиксация и искажения активности на уровне, переходном от досимволического к символическому. Стадия символического уравнивания (для детей старше 2 лет)	123
3. Нарушения символической активности на уровне аффективных образов (в игре и рисунке)	124
4. Нарушения символической речевой активности (грубые нарушения жестового и речевого общения — мутизм, автономная и аутистическая речь)	127
5. Трудности речевого обобщения эмоциональных состояний	129
6. Первичные искажения символической активности, усиливающие болезненный характер опыта. Чрезмерное использование примитивных защитных механизмов	131
7. Нарушения личностной организации эмоционального опыта	132
Анализ результатов методики оценки нарушений эмоциональной регуляции	134
I. Распределение симптомов по уровням эмоциональной регуляции. Оценка тяжести и устойчивости симптомов	134
II. Профиль нарушений эмоциональной регуляции	136
III. Динамика соотношения патологических симптомов и более сохраненных форм аффективного реагирования	140

IV. Соотношение между нарушениями в ключевых областях эмоциональной регуляции: базальной аффективной регуляции, поведения привязанности и символической регуляции эмоций	141
--	-----

Глава 3

Оценка динамики развития и прогноз

Анализ данных развития (с рождения)	144
I. Условия развития: благоприятные и неблагоприятные факторы	144
II. Возрастная динамика устойчивых новообразований в эмоциональной сфере	146
III. Регрессы и явления неустойчивости в развитии, их зависимость от эмоциональных нарушений	152
IV. Соотношение между деструктивным и конструктивным, творческим, началами	157
Прогноз	160
Проблема прогноза развития ребенка	161
с эмоциональными нарушениями	161

Глава 4

Примеры оценки тяжести эмоциональных нарушений

<i>Случай первый.</i> Анна	168
Общие сведения	168
Анализ данных развития (с рождения)	170
I. Условия развития: благоприятные и неблагоприятные факторы	170
II. Возрастная динамика новообразований в эмоциональной сфере	171
III. Регрессы и явления неустойчивости в развитии, их зависимость от эмоциональных нарушений	177
IV. Соотношение между деструктивным и конструктивным, творческим, началами	187
Анализ результатов методики оценки нарушений эмоциональной регуляции	187
I. Распределение симптомов по уровням эмоциональной регуляции. Оценка тяжести и устойчивости симптомов	187
II. Профиль нарушений эмоциональной регуляции	208
III. Уровни преимущественной концентрации симптомов. Динамика нарушений	209

IV. Соотношение между нарушениями в ключевых областях эмоциональной регуляции: базальной аффективной регуляции, поведения привязанности и символической регуляции эмоций. Ведущая координата нарушений	210
Прогноз	211
<i>Случай второй. Тоня</i>	223
Общие сведения	223
Анализ данных развития (с рождения)	226
I. Условия развития: благоприятные и неблагоприятные факторы	226
II. Возрастная динамика новообразований в эмоциональной сфере	227
III. Регрессы и явления неустойчивости в развитии, их зависимость от эмоциональных нарушений	232
IV. Соотношение между деструктивным и конструктивным, творческим, началами	236
Анализ результатов методики оценки нарушений эмоциональной регуляции	237
I. Распределение симптомов по уровням эмоциональной регуляции. Оценка тяжести и устойчивости симптомов	237
II. Профиль нарушений эмоциональной регуляции	265
III. Уровни преимущественной концентрации симптомов. Динамика нарушений	265
IV. Соотношение между нарушениями в ключевых областях эмоциональной регуляции: базальной аффективной регуляции, поведения привязанности и символической регуляции эмоций. Ведущая координата нарушений	266
Прогноз	267
Литература	277
Приложение 1	
Ситуации для выявления особенностей эмоциональной коммуникации ребенка с эмоциональными нарушениями (к четвертому уровню методики оценки эмоциональной регуляции)	285
Приложение 2	
Вариант методики, адаптированный для оценки динамики аффективного развития в раннем возрасте	288

Предисловие

В учебном пособии рассматриваются основные принципы диагностики эмоциональных нарушений у детей¹. Эта область диагностики является одной из самых сложных в силу разнообразия, высокой динамичности, изменчивости феноменов эмоциональной жизни ребенка, возрастной специфичности многих из них, их меньшей структурированности по сравнению с когнитивными образованиями.

В первой главе (В.В.Лебединский, М.К.Бардышевская) дается общее представление об уровне строении системы эмоциональной регуляции в нормальном и патологическом развитии ребенка. Эмоциональные нарушения описываются как нарушения эмоциональной регуляции поведения, а также как нарушения эмоционального развития (его слаженности, последовательности, своевременности появления отдельных новообразований). В основу такого подхода положена модель уровня строения системы базальной эмоциональной регуляции (*Лебединский и др.*, 1990).

~~В~~ Настоящем издании эта модель дополнена уровнем сим-
волической регуляции эмоций, который завершает строе-

¹ Термины «аффективные» и «эмоциональные» нарушения используются в данном учебном пособии как синонимы. Так принято в клинической психиатрии детского возраста (Г.Н.Ушаков, В.В.Ковалев), и мы следуем этой традиции. Под аффективными нарушениями понимаются первичные нарушения базальных эмоций с точки зрения их силовых и динамических характеристик в зависимости от аффективных нагрузок разной сложности. Мы не рассматриваем нарушения сложных социализированных эмоций (этических, эстетических) в силу того, что у исследованных детей они не были сформированы полностью.

ние аффективной системы и определяет ее дальнейшее развитие. Прогноз развития в значительной степени зависит от состояния этого уровня. Кроме того, уровень эмоциональной коммуникации, который прежде описывался в терминах аффективного заражения и подражания, усилен за счет введения основных показателей развития поведения привязанности. Паттерны привязанности рассматриваются не только в качестве сложных регуляторов эмоций, но и устойчивости развития в целом. 

В подходе к нарушениям эмоционального развития с точки зрения фиксаций и регрессов мы опирались на общие закономерности развития, сформулированные А.Гезеллом, Ж.Пиаже, в отечественной психологии — Л.С.Выготским, Н.А.Бернштейном, а также на психоаналитические идеи М.Кляйн, Р.Шпица, А.Фрейд и их последователей.

Во второй и третьей главах (М.К.Бардышевская) представлены не имеющие аналогов материалы по диагностике нарушений эмоционального развития, ядро которых составляет наблюдение, синтезирующее клинический, этологический и психоаналитический подходы к этому методу диагностики и исследования. Выделены две главные линии диагностики: 1) особенности возрастной динамики основных новообразований эмоциональной сферы и 2) состояние эмоциональной регуляции ребенка и ее динамика.

Предложенная схема диагностики создавалась одновременно как исследовательская методика и как рабочий инструмент детского психотерапевта. Это позволяет решать несколько задач ¹²³1) оценить тяжесть эмоциональных нарушений и их место среди общих расстройств развития ребенка; 2) определить более подвижные, изменчивые симптомы, которые могли бы быть фокусом первоначальных психотерапевтических воздействий, а также выделить более тяжелые, устойчивые, центральные симптомы, которые требуют длительной работы и значительного повышения психической активности самого ребенка; 3) отследить динамику эмоционального развития ребенка в разных условиях: идет ли оно без всяких вмешательств или же

в условиях специального лечения (медикаментозного, психотерапевтического и др.); 4) определить прогноз развития ребенка (здесь требуется длительное наблюдение).

Применение этой диагностической процедуры показано прежде всего для работы с маленькими детьми и с детьми с тяжелыми нарушениями эмоционального развития, т.е. там, где тесты и разовые экспериментальные обследования дают очень приблизительную, грубую оценку.

Представленная в учебном пособии схема диагностики отработывалась на детях с тяжелыми эмоциональными расстройствами. За их развитием велось длительное наблюдение (от нескольких месяцев до нескольких лет). У одного и того же ребенка, как правило, отмечался целый спектр грубо выраженных нарушений: нарушения аффективной составляющей восприятия, влечений как низшей аффективности; истероформные реакции; страхи, не специфичные для возраста ребенка; нарушения развития агрессивного поведения; депрессивные и маниакальные состояния; патологический негативизм; расстройства эмоциональной коммуникации; недоразвитие или искажение поведения привязанности. В более легких случаях эти расстройства были неустойчивыми, возникали по отдельности, меньше ограничивали или искажали развитие ребенка в целом.

Клиническими диагнозами этих детей были ранний детский аутизм, ранняя детская шизофрения, психопатоподобный и неврозоподобный синдромы. Однако эти диагнозы, установленные в дошкольном возрасте, нередко пересматривались уже в младшем школьном возрасте. Кроме того, знание диагноза мало помогало в определении прогноза развития ребенка, особенно, если не учитывалось, что аналогичные симптомы могут встречаться и в норме. Поэтому мы решили отказаться от клинической классификации как основополагающей для оценки тяжести эмоциональных нарушений у детей дошкольного возраста.

В четвертой главе (М.К.Бардышевская) в качестве иллюстрации разобраны яркие примеры диагностики разви-

тия детей с тяжелыми эмоциональными нарушениями, представленные в виде исследований конкретных случаев с акцентом на отслеживании динамики эмоционального развития ребенка. Надеемся, что они будут понятны и вызовут у читателей интерес к глубоким исследованиям детского развития в норме и патологии.

ГЛАВА I

АФФЕКТИВНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМУ

В психическом развитии ребенка есть период наибольшей нагрузки на аффективную систему. Это период с рождения до трех лет. В последующие возрастные периоды роль аффективной регуляции также велика, однако именно в раннем возрасте неблагополучие в аффективной сфере является наиболее злокачественным для психического и психосоматического развития ребенка.

Как известно, морфологическим субстратом эмоциональной регуляции у человека являются древние (подкорковые) и наиболее поздно возникшие (лобные) образования головного мозга. В эволюционном плане систему эмоциональной регуляции можно сравнить с геологическими напластованиями, каждое из которых имеет свою структуру и функцию. Эти образования находятся в тесном взаимодействии друг с другом, образуя иерархически усложняющуюся систему уровней.

В своих базальных основах эмоции связаны с инстинктами и влечениями, а в наиболее примитивных формах функционируют даже по механизму безусловных рефлексов.

Этот примитивный характер эмоционального реагирования в нормальном развитии не всегда выступает достаточно отчетливо. Патологические же случаи дают много примеров влияния элементарных эмоций на поведение. В ходе нормального онтогенеза ранние формы аффективного реагирования включаются в более сложные.

Особая роль в этом процессе принадлежит *памяти и речи*. Память создает условия для сохранения следов эмоциональ-

ных переживаний. В результате не только актуальные события, но и прошлое (а на основании их — и будущее) начинают вызывать эмоциональный резонанс. Речь, в свою очередь, обозначает, дифференцирует и обобщает эмоциональные переживания¹, в результате чего эмоции теряют в своей яркости, непосредственности, зато выигрывают в возможности их интеллектуализации, осознанности.

Эмоциональная система является одной из основных регуляторных систем, обеспечивающих активные формы жизнедеятельности организма (Анохин, 1975; Изард, 1999; Лоренц, 1997; Рейковский, 1979; Симонов, 1987; Фрейд А., 1999 и др.).

Как любая система регуляции, система эмоциональной регуляции включает в себя воспринимающее и исполнительное звенья. Из внутренней среды она получает информацию об общем состоянии организма (которое расценивается глобально как комфортное или дискомфортное), о физиологических потребностях. Наряду с этой постоянной информацией в экстремальных, часто патологических, случаях возникают эмоциональные реакции на сигналы, обычно не достигающие до уровня эмоциональной оценки. Эти сигналы, часто связанные с неблагополучием отдельных органов, вызывают состояния страха, тревоги.

Что касается информации, поступающей из внешней среды, то афферентное звено эмоциональной системы чувствительно к тем ее параметрам, которые непосредственно сигнализируют о возможности удовлетворения актуальных потребностей в настоящем или будущем, а также реагирует на любые изменения внешней среды, несущие угрозу или ее возможность в будущем. В круге явлений, чреватых опасностью, учитывается также информация, синтезируемая когнитивными системами: возможности

¹ Не все пласты эмоциональных переживаний могут быть осознаны и вербализованы. Например, элементарные тактильные, вкусовые, кожные и другие слабо опредмеченные ощущения с выраженным аффективным компонентом, в высокой степени индивидуализированные, выполняют роль аффективного фона. Однако в некоторых случаях без определенного аффективного фона не могут реализоваться сложные виды деятельности.

сдвига среды в сторону неустойчивости, неопределенности, информационного дефицита.

Таким образом, эмоциональная и когнитивная системы совместно обеспечивают ориентировку в окружающем. При этом каждая из них вносит свой особый вклад в решение этой задачи.

По сравнению с когнитивной, эмоциональная информация менее структурирована. Эмоции являются своеобразным стимулятором ассоциаций из разных, порой не связанных друг с другом областей опыта, что способствует быстрому обогащению исходной информации. Это система «быстрого реагирования» на любые важные с точки зрения потребностной сферы изменения внешней среды.

Параметры, на которые опираются когнитивная и эмоциональная системы при построении образа окружающего, не совпадают. Так, например, интонация, недружелюбное выражение глаз с точки зрения аффективного кода имеют большее значение, чем противоречащие этому недружелюбию высказывания. Интонация, выражение лица, жесты и другие паралингвистические факторы могут выступать как более значимая информация для принятия решения.

Несовпадения когнитивных и эмоциональных оценок окружающего, большая субъективность последних создают условия для различных трансформаций, приписывания окружающему новых значений, сдвигов в область ирреального. Благодаря этому в случае чрезмерного давления окружающего эмоциональная система осуществляет защитные функции.

Исполнительное звено эмоциональной регуляции обладает небольшим набором внешних форм активности: это различные виды изобразительных движений (мимика, экспрессивные движения конечностей и тела), тембр и громкость голоса.

Основной же вклад исполнительного звена — участие в регуляции тонической стороны психической деятельности¹.

¹ В известной теории Д.Линдслея (1960) эмоциям отводится роль регулятора возбуждения неспецифических структур мозга, которые, в свою очередь, посылают импульсы в таламус и кору.

Положительные эмоции повышают психическую активность, обеспечивают «настроенность» на решение той или иной задачи. Отрицательные эмоции, чаще всего снижая психический тонус, обуславливают в основном пассивные способы защиты. Но ряд отрицательных эмоций, таких, как гнев, ярость, усиливают защитные возможности организма, в том числе на физиологическом уровне (повышение мышечного тонуса, артериального давления, увеличение вязкости крови).

Очень важно, что одновременно с регуляцией тонуса других психических процессов происходит тонизация и отдельных звеньев самой эмоциональной системы. Благодаря этому обеспечивается стабильная активность тех эмоций, которые в данный момент доминируют в аффективном состоянии.

Активизация одних эмоций может облегчить или затормозить протекание других. Например, радость повышает интерес. В свою очередь, интерес подавляет страх.

В случае болезненных воздействий боль, гнев являются наиболее адаптивными реакциями, поскольку мобилизуют силы для защиты. Вследствие полярности некоторых пар эмоций (радость—печаль, гнев—страх) между ними могут возникнуть разные по своему характеру отношения: в одних случаях — взаимного исключения, в других — взаимодействия (слезы радости) (Изард, 1999).

При сталкивании разных по знаку эмоций («эмоциональный контраст») увеличивается яркость положительных эмоциональных переживаний. Так, сочетание легкого страха с ощущением безопасности используется во многих детских играх (подбрасывание ребенка взрослым, катание с гор, прыжки с высоты). Такие «качели», по-видимому, не только активизируют эмоциональную сферу, но и являются своеобразным приемом ее «закаливания».

Потребность организма в поддержании активных (стенических) состояний обеспечивается постоянным эмоциональным тонизированием. Поэтому в процессе психического развития создаются и совершенствуются различные психотехнические средства, направленные на превалирование стенических эмоций над астеническими.

В норме существует баланс тонизирования внешней средой и аутостимуляцией. В условиях, когда внешняя среда бедна, однообразна, возрастает роль аутостимуляции и, наоборот, доля ее уменьшается в условиях разнообразных внешних эмоциональных стимулов. Одним из наиболее сложных вопросов психотерапии является выбор оптимального уровня тонизирования, при котором эмоциональные реакции протекали бы в заданном русле. Слабая стимуляция может оказаться малоэффективной, а сверхсильная может негативно изменить весь ход эмоционального процесса.

Особенно важен этот момент в патологии, где наблюдаются первичные нарушения нейродинамики. Явления гипои гипердинамики дезорганизуют эмоциональную регуляцию, лишают ее устойчивости и избирательности. Нарушения нейродинамики отражаются прежде всего на настроении, являющемся фоном для протекания отдельных эмоций. Для пониженного настроения характерны астенические эмоции, патологически повышенного — стенические.

Важен знак нарушения, определяющий качество патологического процесса. Так, при явлениях гипердинамики патологические эмоции имеют стенический характер (проявления бурной радости или гнева, ярости, агрессии).

В крайних вариантах гипердинамики можно предположить «отнимание» энергии у других психических систем. Это явление имеет место при кратковременных сверхсильных эмоциях, сопровождающихся сужением сознания, нарушением ориентировки в окружающем. В патологии такие нарушения могут носить и длительный характер.

Слабость (гиподинамия) будет проявляться прежде всего на корковом (наиболее энергоемком) уровне в виде эмоциональной лабильности, быстрой пресыщаемости, оживления более примитивных форм аффективного реагирования.

В более тяжелых случаях центр тяжести нарушений перемещается с высших на базальные центры, которые уже не в состоянии поддерживать собственную энергетику на нужном уровне. В этом случае на угрозу витальным константам организма эмоциональная система отвечает тревогой, страхом.

Подробнее типы аффективного реагирования на условиях сверхнагрузки рассматриваются в этой главе далее.

УРОВНИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ: СТРОЕНИЕ, ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЙ

Индивид взаимодействует с окружающей средой на разных уровнях активности, что и определяет строение аффективной системы, в которой отдельные уровни избирательно реагируют на определенные классы средовых воздействий.

Уровневый подход открывает ряд новых возможностей в изучении аффективной системы. Во-первых, изучение индивидуальных вариантов уровневой организации (пропорций) может оказаться полезным в разработке типологии индивидуальных различий. В патологических случаях уровневый подход также применим для дифференциально-диагностического использования. В-третьих, развивается наше понимание структуры эмоциональных процессов (Лебединский и др., 1990).

Прикладное значение этого подхода состоит в разработке стратегии коррекции с учетом возможных диспропорций в системе эмоциональной регуляции.

Однако для продвижения в этом направлении прежде всего необходимо выделить отдельные уровни и описать их функциональные особенности. Для решения этой задачи, по-видимому, наиболее эффективным является, во-первых, обращение к раннему детству, когда происходит становление аффективной системы, ее архитектоники. Во-вторых, обращение к случаям патологии, при которых происходят «сбои» в работе аффективной системы, что позволяет понять вклад отдельных уровней в целостную систему регуляции.

В базальной системе эмоциональной регуляции могут быть выделены следующие уровни:

- 1) уровень оценки интенсивности¹ средовых воздействий;

¹ Термин «интенсивность» используется здесь в самом широком смысле. Можно говорить об интенсивности воздействий самых различных средовых явлений. Например, интенсивность общения зависит от количества людей; расстояния, на котором оно происходит; от новизны ситуации; состояния общающегося человека (например, усталости); степени формализации общения и др. Таким образом, под интенсивностью понимается субъективная оценка человеком средового воздействия.

- 2) уровень аффективных стереотипов;
- 3) уровень аффективной экспансии;
- 4) уровень аффективной коммуникации;
- 5) уровень символических регуляций.

Первый уровень — уровень оценки интенсивности средовых воздействий

Первый уровень аффективной регуляции осуществляет наиболее примитивные функции адаптации. Аффективная ориентировка на этом уровне направлена на оценку количественных воздействий среды. Значимыми являются изменения температуры окружающего и самого тела, уровень освещенности, высота звука, скорость движения, которое воспринимается как перепад интенсивности¹.

Поскольку количественные изменения могут наиболее разрушительно действовать на организм, аффективная система пристально следит за любыми изменениями в этой области. Выход воздействий за допустимые границы вызывает реакции в виде беспокойства, тревоги, страхов, агрессии. Поэтому оценка интенсивности² входит в круг витальных задач, решаемых младенцем с первых дней жизни.

Первый уровень опережает все другие системы, сигнализируя о сбоях, возникающих в организме. Клинически это проявляется в непереносимости сенсорных нагрузок, аффективной пресыщаемости.

¹ Предметы, возникающие внезапно и перемещающиеся слишком быстро, вызывают негативную эмоциональную реакцию. До тех пор, пока не сформировался более совершенный механизм, оценка приближения—удаления объекта определяется изменением *величины* его проекции на сетчатке глаза (*Бауэр*, 1979). Возможно, что этот примитивный способ оценки сохраняет свое значение и позднее, в ситуациях, требующих моментальной реакции.

² Признак интенсивности играет важную роль в построении типологии индивидуальных различий. Показано, что интраверты склонны отвечать на стимулы средней интенсивности защитными типами реагирования, в то время как экстраверты на ту же стимуляцию дают ориентировочную реакцию.

На этом уровне, помимо общей сензитивности, оцениваются явления гипер- или гипосензитивности в различных модальностях, а также явления извращенной чувствительности.

В легких случаях (как, например, при ранних невропатиях) симптомы гиперсензитивности могут ограничиваться одной-двумя модальностями и распространяться только на определенные классы сильных воздействий (ребенок боится резких движений, громких звуков).

В более тяжелых случаях явления гипер- или гипосензитивности могут генерализовываться, распространяться на различные модальности, причем в определенной модальности (например, обонятельной) достигать своих пиковых, максимальных значений.

Именно интенсивность, часто субъективно искаженная, а не качество стимуляции определяет поведение ребенка в самом раннем возрасте.

Преобладание явлений гипер- или гипосензитивности отчетливо видно уже у младенца. Многие исследователи прямо связывают особенности сензитивности с физиологическим тонусом малыша. Так, чрезмерный физиологический тонус дает оживление архаических рефлексов и двигательных реакций вообще в ответ на действие малейшего раздражителя, острую реакцию на боль, быстрый переход от сна к бодрствованию, особую чувствительность к социальным стимулам (ребенок с самого раннего возраста стремится к общению, но очень быстро перевозбуждается от него (*Крейслер*, 1994)). Общее напряжение часто приводит к развитию психосоматических расстройств уже в раннем возрасте (бессоннице, рвотам, коликам, спастическому плачу), особенно в том случае, если в диаде «мать—ребенок» не были установлены вовремя те формы близкого контакта, которые призваны регулировать чрезмерное возбуждение младенца.

Гипосензитивность в младенческом возрасте часто является признаком депрессии, которая характеризуется слабостью всех жизненных проявлений ребенка (резким снижением активности, физиологического тонуса, нечувствительностью к боли и другим витально важным внешним и внутренним воздействиям — усталости, голоду).

Гипосензитивность у младенца на первом году жизни отмечается особенно часто в случае депрессивного состояния матери (*Tustin*, 1990; *Крейслер*, 1994). В значительной части наших наблюдений матери детей с ранним детским аутизмом страдали депрессией.

Другим признаком глубины аффективной патологии является избирательное нарушение чувствительности по отношению к специфически-человеческим видам стимуляции (отсутствуют, извращены или сверхсильны ответные реакции на человеческое лицо, улыбку, прикосновение, объятие, речь) при относительной сохранности чувствительности к чисто физической стимуляции.

Нарушения сензитивности к сенсорным воздействиям, исходящим от другого человека

В норме явления гиперсензитивности по отношению к внешним раздражителям характерны для младенцев в первые четыре недели жизни¹. По-видимому, такая «открытость» перцептивной системы младенца является необходимым условием для импринтинга ключевых признаков образа матери. Гиперсензитивность новорожденного неустойчива (т.е. зависит от его внутреннего состояния, которое полярно меняется в зависимости от удовлетворения или неудовлетворения базальных потребностей) и быстро проходит.

У соматически ослабленных, недоношенных детей, а также детей с легкими формами органического поражения центральной нервной системы и воспитывающихся в Доме ребенка, начальный период «неприкрытой» гиперсензитивности может затягиваться на несколько месяцев (*Бардышевская*, 1997; *Луковцева*, 2002).

¹ Вот как А.Гезелл описывает явления гипер- и неустойчивой сензитивности у младенца на первом месяце жизни: «Дыхание его нерегулярно, регуляция температуры нестабильна. На малейшую провокацию он вздрагивает, плачет. Его пороги низкие и неустойчивые <...> Состояние мышечного напряжения изменчивы. Многие реакции спорадические <...>» (*Гезелл*, по: *Knobloch, Pasamanick*, 1974, с. 36).

В то время как зрительная или голосовая стимуляция быстро становится сверхнагрузкой для незрелой психики новорожденного и вызывает у него истощение, тактильная стимуляция, связанная с ощущением тепла, давления, прикосновения, объятия, в норме является успокаивающей¹. Успокаивающее значение тактильного контакта особенно велико на первом году жизни ребенка, но и в последующие годы тактильный контакт с близким человеком эффективен для уменьшения тревоги.

В норме *гиперсензитивность к тактильному контакту* не наблюдается даже у новорожденных. Следовательно, непереносимость тактильного контакта у детей с эмоциональными расстройствами в первые два года жизни является симптомом тяжелой аффективной недостаточности, особенно в том случае, если она сочетается с непереносимостью глазного и/или голосового контакта.

Непереносимость тактильного контакта может иметь избирательный характер; в более тяжелых случаях она генерализуется, распространяясь даже на ситуации витальной угрозы, в которых стремление «зацепиться» за взрослого в норме носит почти рефлекторный характер.

С возрастом гиперсензитивность к тактильному и глазному контакту с человеком у таких детей постепенно уменьшается. Повышение устойчивости к специфически человеческим воздействиям у детей с грубой эмоциональной патологией отмечается в более старшем возрасте (в некоторых случаях только после 4—5 лет), т.е. со значительным запаздыванием по сравнению с нормой.

Наряду с непереносимостью тактильного контакта наблюдается обратное явление, характерное для очень тревожных младенцев (с выраженной эндогенной тревогой). Как правило, речь идет об эксплуатации ребенком *защитных свойств* тактильного контакта. Такой младенец пыта-

¹ На исключительную важность тактильного контакта для благоприятного развития указывали этологи, работающие с приматами (Harlow H.F., Harlow M.K., 1966). Обнаружено, что для детенышей обезьян удовлетворение потребности в тактильном контакте было важнее, чем удовлетворение пищевой потребности. В патологии это соотношение может нарушаться.

ется компенсировать болезненность ощущений от контакта с миром за счет «прилипания» к телу матери. Такие дети в младенчестве «не сходят с рук» матерей, даже во время сна они должны ощущать материнскую грудь или руку (один из наблюдаемых нами детей в младенчестве сию же секунду просыпался, стоило матери отойти от него).

В психоанализе используется специальный термин «прилипчивая идентификация» (*Meltzer, 1975a*) для обозначения состояния полного «прилипания» к взрослому (поверхностью «прилипания» может быть и сама кожа, и отдельные сенсорные качества объекта, которые ребенок эксплуатирует (*Tustin, 1990*). В этом состоянии ребенок не переносит отделения от матери, которое воспринимается им как болезненный отрыв. В дальнейшем такой ребенок стремится мимикрировать под близкого взрослого, копируя его внешние (поза, одежда), а не внутренние качества.

Непереносимость глазного контакта (с близкого расстояния) при сохранности тактильного контакта означает несколько меньшую глубину аффективной патологии, поскольку глазной контакт несколько более позднее и более сложное образование.

Механизмы избегания глазного контакта могут быть различными. Во-первых, взгляд в глаза оказывается чрезмерной нагрузкой на аффективную систему гиперсензитивного ребенка. Неприятной оказывается сильная концентрация во взгляде человека тех самых качеств, которые в норме являются сигнальными и уже с 7-недельного возраста определяют четкую фокусировку младенца на глазах при восприятии лица другого человека (движение, резкие контуры, цветовые контрасты, симметрия) (*Nelson, 1987*). Во-вторых, прямой взгляд в глаза воспринимается детьми с эмоциональной недостаточностью как угроза (*Лебединский, 1996*). Дьюдни (по: *Грюссер, Зельке, Цинда и др., 1995*) экспериментально показал, что если дети-шизофреники в течение нескольких секунд рассматривают какое-либо лицо (реальное или нарисованное), им кажется, что его выражение резко искажается и становится угрожающим.

Эти экспериментальные данные согласуются с результатами наших собственных наблюдений. Дети с синдро-

мом детского аутизма эндогенного происхождения сверхчувствительны к признакам, усиливающим выразительность взгляда: яркости, цвету радужки, блеску, выпуклости глаз. Признаки, усиливающие выразительность взгляда, у таких детей могут провоцировать патологические фантазии и даже зрительные галлюцинации. Например, мальчик 7-ми лет так реагирует на психолога, которого видит впервые: «Голубые глаза!» — отводит взгляд. «Голубые глаза! Бабушка с голубыми глазами! Злая бабушка! Ругается». Замолкает, напряженно всматривается. «Три бабушки с голубыми глазами!» Возможно, что не только глаза, но и другие части лица воспринимаются такими детьми как опасные, особенно при рассматривании.

В-третьих, недостаточность фокусировки на глазах другого человека может быть связана с преобладанием периферического зрения и боковых поз у детей с генерализованными страхами (Лебединский, 1996).

В-четвертых, в некоторых случаях избегание глазного контакта может иметь сигнальное значение, предупреждая агрессивное поведение другого человека и являясь признаком низкого социального статуса ребенка в группе (Trad, 1986).

Другим симптомом нарушения глазного контакта может быть видимое отсутствие пресыщения, что выражается в пристальном непрерывном, часто неподвижном, взгляде, без какого бы то ни было ритма глазного общения (взгляд «пустой», «сквозь»). Такие нарушения возможны из-за трудностей поисковых и установочных движений глаз.

Взгляд «сквозь» может сочетаться с неподвижностью или безвольной расслабленностью лица. Отсутствие правильных движений глаз в сочетании с отсутствием эмоционально-выразительных движений позволяет предположить отсутствие истинного глазного контакта. Такой взгляд не координирован с речевой коммуникацией и может наблюдаться при ранней детской шизофрении (собственные наблюдения).

У взрослых шизофреников такой немигающий взгляд сочетается с продуктивной симптоматикой, в то время как

устойчивое избегание глазного контакта чаще коррелирует с негативными симптомами (*Корнетов, Самохвалов и др., 1990*).

ГИПЕРСЕНЗИТИВНОСТЬ К ОТДЕЛЬНЫМ КЛАССАМ ВОЗДЕЙСТВИЙ

Известно, что ощущения от контактных раздражителей (вкусовых, обонятельных) являются более диффузными и менее четко локализованными, чем ощущения от дистантных раздражителей (зрительных, слуховых). В то же время контактные ощущения более аффективно насыщены.

В психоанализе рот рассматривается как «колыбель восприятия» (Spitz). Сосание может связываться с чувством безопасности и поэтому выполняет успокаивающую функцию (*Sandler, 1960, по: Сандлер, Дэйр, 1998*).

Патологическим знаком можно считать доминирование орального исследования в поведении ребенка старше одного года. Если оно сопровождается переживанием блаженства и удовольствия, то речь идет о фиксации на самой ранней стадии психоаффективного развития (собственно сосание). Если же ребенок преимущественно кусает, грызет, жует предметы, то это свидетельствует о переполняющих его агрессивных чувствах, вызванных фрустрацией, разочарованием или эндогенной тревогой.

В некоторых патологических случаях наряду с фиксацией примитивного облизывания или сосания предметов или даже изолированно от них может наблюдаться обнюхивание, т.е. паттерн, непосредственно предшествующий оральному исследованию.

Мы наблюдали мальчика 5,5 лет с непереносимостью чужих запахов. Во время свидания с матерью мальчик принюхивался к ее отдельно лежащей куртке (сильно пахнущей матерью), но не к самой матери, запах которой был искажен запахом духов.

Для ребенка со страхами длительно сохраняющаяся опора на контактные признаки при исследовании может рассматриваться как способ наиболее быстрого решения вопроса о том, опасен или безопасен этот предмет. Этот способ позволяет сократить до минимума состояние неопределенности, сопровождающее исследование с опорой

на дистантные признаки предмета (наблюдение, манипуляции).

Опора на приятные контактные раздражители тонизирует, дает ребенку со страхами чувство безопасности, достаточное для продолжения исследования. Однако в тех случаях, когда у ребенка со страхами наблюдается повышенная или искаженная чувствительность к сенсорным воздействиям, круг безопасных предметов и их качеств для него значительно сужается, что предопределяет стереотипное обращение с «проверенными» предметами (см. второй уровень).

Нарушения сензитивности в дистантных модальностях проявляются в непереносимости звуковых или зрительных воздействий, которые воспринимаются ребенком как непереносимые из-за их измененной интенсивности или искажения их качества. Например, часто наблюдается повышенная чувствительность к бытовым шумам, которые воспринимаются как слишком сильные и, следовательно, угрожающие. Другим примером может служить непереносимость речевых воздействий при нормальной сензитивности к пению взрослого, музыкальным звукам.

У детей со страхами также часто наблюдается гиперсензитивность к движению объектов (поскольку движение представляет собой ключевую характеристику живых объектов). Ребенок в этом случае шарахается при приближении или направленном движении объекта, скорость движения которого, вероятно, воспринимается ребенком субъективно как очень высокая, и, следовательно, столкновение кажется практически неизбежным (Гибсон, 1988). Частым проявлением непереносимости быстрого движения, свидетельствующего о приближении объекта, является уклонение даже от плавно и медленно летящего мяча в игре. Такой ребенок стремится избежать столкновения с мячом, как будто это брошенный в него камень. Более безопасными оказываются возвратно-поступательные движения невысокой интенсивности (мелькание, вращение, колебательные движения, подобные движению маятника), на воспроизведении и восприятии которых ребенок может фиксироваться в течение длительного времени.

Проявлением искажения сензитивности к зрительным признакам объекта у детей с тяжелой аффективной недостаточностью может считаться ориентация в основном на более абстрактный зрительный признак предмета — форму, при игнорировании его более аффективно насыщенной характеристики — цвета¹ (собственные наблюдения).

Нарушения ориентации на цвет как на ключевой признак объектов у детей могут проявляться в монохроматической или искаженной гамме цветов в рисунках (Бардышевский, 2001).

Чувствительность к боли и интероцептивным сигналам

В случаях тяжелой эмоциональной патологии может отмечаться значительное снижение чувствительности к боли. Например, у детей с синдромом раннего детского аутизма (РДА) этот симптом является одним из показателей полной отрешенности от внешней стимуляции (Kanner, 1985; Reid, 1999). Так С.Рид описывает мальчика 18 месяцев с синдромом РДА, который никак не прореагировал на хирургическую операцию глаза, проводившуюся без анестезии². Нечувствительность к собственной боли можно рассматривать как глубокое нарушение инстинкта самосохранения. Кроме того, дети, нечувствительные к собственной боли, не замечают, когда причиняют боль другим людям (например, могут наступить на другого ребенка).

¹ Так, цвет поверхности неразрывно связан с ее текстурой (Гибсон, 1988), т.е. несет информацию о качествах вещества, важных для адаптации (например, зрелым, незрелым или испорченным является яблоко). В животном мире именно цвет несет важную сигнальную нагрузку в социальном поведении (например, импринтинге), и мы можем предположить, что у человека сохраняются рудиментарные формы этой ориентировки. Цветовое зрение является основой для многочисленных синестезий, т.е. связей с другими модальностями («холодные» синие и «теплые» желтые тона, «сочные», «резкие», «ядовитые», «нежные», «агрессивные» цвета и пр.).

² Ребенок повредил глаз и без быстрого оперативного вмешательства мог бы его потерять; для анестезии не было ни времени, ни условий.

В клинике психосоматических расстройств возможно обострение чувствительности к боли, тогда ребенок склонен оценивать свои внутренние ощущения как болезненные даже без объективной основы (*Исаев, 1996*).

Если у ребенка имеется хронический негативный фон ощущений в психосоматической сфере без наличия объективной соматической патологии, то это является неблагоприятным признаком.

Во-первых, психосоматические расстройства являются самыми распространенными и неспецифическими симптомами психических нарушений у детей до 3 лет (*Сухарева, 1955; Крейслер, 1994*). Маленькие дети часто используют соматические жалобы для выражения психического неблагополучия.

К нарушениям, специфическим для этого уровня, относятся следующие психосоматические симптомы: ранние анорексии, булимии, упорные рвоты, мерицизм (отрыгивание непереваренной пищи и перекачивание ее во рту; см. *Крейслер, 1994*), диарея, запоры и др.

Механизмом возникновения как анорексии, так и булимии следует считать искаженное восприятие ребенком interoцептивных сигналов, информирующих организм о насыщении, голоде (*Исаев, 1996*).

Ранняя анорексия, рвота, являющиеся следствием болезненных ощущений от пищи, на которую переносятся ощущения от взаимодействия с матерью (в том числе и в ситуации кормления), часто наблюдаются у младенцев, лишенных безопасной связи с матерью. Мы наблюдали девочку 3,5 месяцев с упорной тяжелой рвотой, мать которой признавала, что не испытывает к ней материнских чувств и у нее отсутствует всякое желание брать ее на руки. Отказ от еды у младенцев 6 месяцев и старше является одним из клинических признаков анаклитической депрессии (*Р.Шпиц*).

У эмоционально-депривированных детей в возрасте одного года и старше может наблюдаться обратное нарушение, связанное с неспособностью воспринимать сигналы насыщения, а также притупление чувствительности к вкусу еды, когда главным становится количество поглощаемой

пищи. Для таких детей может стать характерным поедание несъедобного. В тяжелых случаях эмоциональной депривации может наблюдаться копрофагия. Шпиц и Вульф (*Spitz, Wolf*, 1946) показали, что копрофагия в возрасте до 15 месяцев особенно часто наблюдается у детей, матери которых, страдая психозами, не следили за своими детьми и не помогали им ориентироваться в том, насколько опасными или безопасными являются окружающие предметы.

Во-вторых, жалобы детей на недомогание, вялость, головные боли заслуживают особого внимания, поскольку могут выступать как первые предвестники и ранние симптомы шизофрении (*Симсон*, 1948).

Во-третьих, хроническая негативная окраска многообразных interoцептивных ощущений («темных» ощущений по И.М.Сеченову), которые относятся к разряду явлений самосознания, неизбежно влечет за собой отклонения в формировании телесного Я ребенка и предрасполагает к развитию ипохондрического расстройства.

Как было показано Е.Е.Сканави (1940), в основе ипохондрических состояний различной этиологии у детей 10—16 лет лежит сомато-вегетативная недостаточность организма, в ряде случаев имеющая четкую центральную локализацию поражения (диэнцефальный синдром, включающий разнообразные болезненные ощущения — сенестопатии, нарушения функций отдельных органов, вестибулярные расстройства). Патологические ощущения во всем организме в этом случае сопровождаются состояниями напряжения, беспокойства, тревоги.

ВТОРОЙ УРОВЕНЬ — УРОВЕНЬ АФФЕКТИВНЫХ СТЕРЕОТИПОВ

На втором уровне аффективной регуляции аффективное взаимодействие ребенка со средой усложняется. К оценке интенсивности воздействия добавляется его оценка *по качеству*. На этом уровне аффективная система берет под контроль весь спектр внешних и внутренних ощущений, дифференцирует, упорядочивает и *индивидуализирует* их, вырабатывает аффективные предпочтения. Связь с соматикой делает этот уровень особенно чувствительным к

ритмическим процессам, находящимся на стыке физиологического и психического.

Собственное тело и связанные с ним циклические процессы, в том числе двигательные, находятся под постоянным аффективным контролем. С одной стороны, ребенок стремится к повторению приносящих удовольствие движений и действий. С другой стороны, сама регулярность циклических процессов вызывает состояние комфорта, а любой сбой в ритме — отрицательные эмоции. Отсюда особое удовольствие при выполнении ритмически организованных действий (в том числе игровых, танцевальных, спортивных движений, которые включают в себя разные виды шага, бега, прыжков, поворотов, раскачиваний, взмахов руками и ногами и пр.), опыт которых необходим для развития физического Я ребенка.

К особенностям этого уровня относится наличие стойкой и яркой аффективной памяти. Память тела позволяет надолго сохранить переживания, причем не только элементарные, но и сложные. Так, можно наблюдать, как резко меняется поза и обостряются защитные черты в моторном облике ребенка, если ему задать вопрос о неприятных, тревожащих его событиях.

Второй уровень является своеобразным «дирижером», координирующим взаимодействия отдельных сенсорных систем; он прилаживает их друг к другу и закрепляет на основе аффективной оценки (удобно—неудобно, приятно—неприятно).

В онтогенезе уровень аффективных стереотипов с первых дней жизни ребенка включается в решение основных задач, связанных с выживанием. Младенец активно ищет материнской защиты и заботы и подкрепляет их проявления. В результате у него складываются первые предпочтения в контакте с матерью: уже к месячному возрасту вырабатывается определенная поза на руках у матери, которая, как правило, обеспечивает ребенку максимально богатую сенсорную «нишу».

Ситуация близкого физического контакта младенца с матерью (прикосновения, взгляд, запах, вкус, вестибулярные ощущения при покачивании) является прообра-

зом ситуации цельного чувственного восприятия мира, в которой различные сенсорные впечатления объединяются на основе единого сильного положительного аффекта.

В дальнейшем, по мере взросления, круг предпочтений ребенка расширяется, индивидуализируется.

Поскольку для всех явлений этого уровня характерны ритмичность, повторяемость, то для диагностики его работы важно описать ритмические паттерны в различных сферах: психосоматической, в моторике, поведении привязанности, в игре, речи и коммуникации.

Сам факт повторяемости индивидуально предпочитаемых паттернов не только не является патологическим, но, напротив, необходим для построения ребенком индивидуальной картины мира, развития собственной сети привязанностей, пристрастий и предпочтений.

Уже на первом году жизни ребенок склонен повторять действие, доставляющее ему удовольствие, например, в игре, бросая игрушки одну за другой на пол. Ребенок второго-третьего года жизни переживает целую эпоху господства стереотипных форм поведения (*Гезелл*, по: *Knobloch, Pasamanick*, 1974; *Бернштейн*, 1990). Это и ритмическая двигательная активность (ребенок кружится, прыгает), и эхо-лалии, и ритмизирование слогов, и многократное повторение всевозможных звуковых вариаций одного и того же слова (*Чуковский*, 1958).

Речевые персеверации свойственны детям, обучающимся говорить: «мама, помоги мне»; «папа, попоги мне» (*Бернштейн*, 1990). Эхо-лалии и связанные с ними реверсии личных местоимений в норме в возрасте 21—30 месяцев (*Гезелл*, по: *Knobloch, Pasamanick*, 1974) идут как экспериментирование со словом с целью нахождения правильного звукового эквивалента к услышанному от взрослого слову-образцу.

Только в тех случаях, когда мы видим жесткую фиксацию стереотипной формы поведения либо ее насильственный характер (навязчивости), сталкиваемся с невозможностью ее перестройки, можно говорить о патологической природе этого феномена. Патологическим знаком является также сильный и стойкий регресс в ответ на вы-

нужденное изменение привычной формы взаимодействия со средой (отъезд матери, помещение в детский сад, рождение младшего ребенка в семье).

Здесь возможны следующие объяснения. Во-первых, речь может идти о повышенной инертности аффективной сферы ребенка, которая часто сочетается с инертностью его интеллектуальной сферы.

Во-вторых, объяснением ригидности стереотипа может быть отсутствие либо несформированность новых структур, которые должны прийти на смену прежним в естественной динамике развития ребенка. Перестройка поведения затруднена там, где отсутствуют предпосылки для нее, поэтому фиксации могут свидетельствовать об ограниченном потенциале развития в данной области (*Гезелл*, по: *Knobloch, Pasamanick, 1974*). Вязкость и тугоподвижность аффекта является отличительной чертой олигофрена (*Левин, 2000*).

Нарушения ритмичности физиологических процессов

Нарушения на этом уровне могут затрагивать самые элементарные формы регуляции ребенком своего поведения, основанные на ритме (имеются в виду циклы «сон—бодрствование», «голод—насыщение»); особенно это характерно для детей первого-второго года жизни. Кроме того, нарушения могут выражаться в ригидности или необычности предпочтений, а также в недостаточности индивидуализации в соматической сфере. Все эти симптомы, как правило, являются проявлением ограниченной способности ребенка адаптироваться к изменениям среды, которые требуют от него изменения привычных форм взаимодействия с ней.

В первую очередь оценивается ритмичность физиологических процессов ребенка. Как уже говорилось, ритмичность имеет важное значение, особенно в раннем возрасте. В норме на протяжении первых недель и месяцев жизни происходит активная дифференциация паттернов сна и бодрствования (*Никитина, 1993*).

У детей с эмоциональными нарушениями на первом году жизни часто отмечаются расстройства сна. Чрезмерно активный или тревожный младенец может бодрствовать в

течение гораздо большего времени, чем положено ребенку его возраста. Пассивные младенцы проводят во сне большую часть времени, сокращая период бодрствования до минимума (Hoxter, 1975).

Одним из первых симптомов слабости развивающейся системы эмоциональной регуляции у младенца старше 3 месяцев является трудность перехода от сна к бодрствованию и обратно. Такой ребенок с трудом засыпает и/или просыпается с плачем, долго приходя в себя после сна.

Расстройства сна являются тонким индикатором нарушенного онтогенеза. Иногда на протяжении всего первого года жизни ребенка они остаются единственным признаком того, что система эмоциональной регуляции работает с перегрузкой. Нами наблюдался ребенок с возраста 3 лет 9 месяцев с ускоренным ранним развитием моторики, речи, музыкальных способностей, давший тяжелый и стойкий регресс после ожога в конце второго года жизни; нарушения его поведения на первом году жизни ограничивались нарушениями сна.

С другой стороны, нарушения биоритма «сон—бодрствование» неспецифичны и возникают практически при любом отклонении развития. Так, описаны нарушения сна у детей с неврозами, недоразвитием (олигофренией), органическими поражениями центральной нервной системы, эпилепсией, тяжелыми соматическими заболеваниями; у слепых детей; у детей, страдающих шизофренией (Гольбин, 1979).

К нарушениям ритмичности физиологических процессов относятся и нарушения динамики влечений, связанные с фиксацией на особом комплексе приятных ощущений, т.е. сверхизбирательность, особая чувствительность к условиям и объекту удовлетворения влечений. Например, четырехлетний мальчик может есть только жидкую светлую пищу, имеющую температуру тела.

ФИКСАЦИЯ ИЗОЛИРОВАННЫХ РАННИХ ФОРМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С МАТЕРЬЮ

Следующим шагом в оценке работы этого уровня эмоциональной регуляции является описание стереотипов, существующих в рамках *поведения привязанности*.

В патологии мы сталкиваемся либо с несформированностью цельного образа матери, с фиксацией на отдельных впечатлениях от контакта с ней, либо с нарушением, распадом цельного образа. И в том, и в другом случае незавершенность образа поддерживается амбивалентностью аффективных переживаний, которые этот образ вызывают, и может сопровождаться защитной фиксацией на отдельных ощущениях (стадия частичного объекта в психоанализе) или переживаниях.

Например, реакция на разлуку у амбивалентно-привязанных детей может быть выражена очень сильно при том, что реальное взаимодействие с матерью либо не развернуто, либо насыщено агрессией. Так, мы наблюдали ребенка, который в течение нескольких лет (с 3 до 6) во время повторяющихся госпитализаций после ежедневных десятиминутных свиданий с матерью сильно кричал в течение получаса и более, будучи фиксирован на чувстве покинутости, хотя реального адаптивного смысла такое поведение не имело.

Поиск особых ощущений проявляется в *нестандартных* формах взаимодействия с матерью, которые использует ребенок. Часто это изолированные от более сложного поведения привязанности, *фиксированные* формы взаимодействия, характерные для значительно более *раннего* возраста.

При симбиотической связи ребенок может сохранять необычные позы во время сна (в 5 лет спит на животе или на спине у матери), либо сам процесс засыпания имеет ритуальный характер.

Например, наблюдаемый нами мальчик 3,5 лет требовал следующего порядка укладывания спать. Мать должна была сидеть на кухне, где играла негромкая классическая музыка, в этот момент сын приходил туда, садился к ней на колени и она должна была ласково его обнять, прижав к груди, как младенца; только в таких условиях он засыпал.

Часть стереотипов свидетельствует о такой симбиотической связи между матерью и ребенком, которая подпитывается и поощряется главным образом матерью. В этом случае эмоциональная близость между матерью и ребенком заменяется амбивалентными сексуально-агрессивны-

ми взаимодействиями. В нескольких семьях без отцов и при патологическом влечении матери к сыну мы наблюдали необычные формы приучения к туалету и гигиене, в которых мать принимала живейшее участие, несмотря на уже не младенческий возраст сына (6—7 лет).

СТЕРЕОТИПИИ В МОТОРИКЕ, ИГРЕ, РИСУНКЕ, РЕЧИ, КОММУНИКАЦИИ. ОТЛИЧИЯ СТЕРЕОТИПИЙ ОТ СТЕРЕОТИПОВ

Когда мы оцениваем нарушения пластичности стереотипов в моторике, игре, рисунке, речи, коммуникации, необходимо помнить об отличиях *стереотипов* от *стереотипий*. Стереотипии наблюдаются преимущественно в патологии и могут сильно различаться по тяжести. Тяжелые стереотипии грубо вмешиваются в развитие, оттягивая на себя энергетические ресурсы ребенка. В легких случаях стереотипии могут быть изолированными симптомами, существенно не влияющими на характер развития. Так, А.И.Гольбин (1979) при анализе стереотипных раскачиваний во сне описывает легкую форму таких раскачиваний, которая отмечается у детей с повышенной чувствительностью к ритму, увлекающихся всем, что связано с ритмическим движением (танцы, рисование, вязание).

Стереотипы, несмотря на их повторяемость, остаются наполненными аффективным смыслом, психологически понятным как ребенку, так и окружающим. Патологическим признаком может быть избирательная, односторонняя фиксация ребенка на неприятных переживаниях и проигрывание их при том, что приятные впечатления не закрепляются, не служат для тонизирования и не питают развитие такого ребенка. Конфликты паразитируют в психике больных детей (Симсон, 1948), в то время как эмоционально сохранный ребенок быстро изживает конфликты, развиваясь за счет положительного эмоционального опыта, который не только активно ищет и легко находит, но и надежно сохраняет.

Однако такие фиксации, многочисленные повторения могут иметь и важный адаптивный смысл. Ребенок активно пытается овладеть пугающим его опытом, и в некоторых случаях это ему удается.

Стереотипии, в отличие от стереотипов, монотонны; смысловая связь с породившим их аффектом либо быстро утрачивается (выхолощенные стереотипии), либо непонятна для окружающих.

В некоторых случаях, когда стереотипии используются для аутостимуляции, их аффективная заряженность может быть очень высокой. Например, ребенок сильно возбуждается, кричит при достижении определенного сенсорного эффекта: определенной амплитуды раскачивания игрушки, определенного ускорения падающего предмета, однако аффект ребенка (часто это чувство триумфа) не может быть разделен окружающими.

В полностью vycholozhennыx стереотипиях аффективная заряженность исчерпывается их высокой ритмичностью, которая изолируется от смысла действия и достигает предельных величин (частый ритм длительных раскачиваний, бесцельного бега, причудливых движений рук и др.).

В патологии спектр устойчивых ритмически организованных действий, приносящих удовольствие ребенку, значительно сужен по сравнению с нормой. Во-первых, это происходит из-за эмоциональной пустоты тех немногих «отстоявшихся» форм, которыми ребенок отвечает на самые различные средовые воздействия. Во-вторых, сама ритмическая сторона двигательной активности у таких детей нарушена из-за сжатости, связанности и в то же время хаотичности движений (*Протопопова*, по: Психология аномального развития ребенка, 2002, т. II).

Стереотипии могут замещать «пустоты» в поведенческом репертуаре (*Гезелл*, по: *Knobloch, Pasamanick*, 1974; *Alvarez*, 1999) либо служить защитой от тревоги или депрессии (*Meltzer*, 1975a; *Tustin*, 1990). Шпиц описал стереотипии у младенцев второй половины первого года жизни, являющиеся одним из симптомов анаклитической депрессии при внезапной разлуке с матерью. Стереотипии могут возникать и как реакции на другие травматические депривационные воздействия (внезапное прекращение грудного вскармливания, запрещение ребенку других форм стереотипной активности, например, сосания соски или пальца).

Стереотипии, как и всякая другая патологическая форма психомоторики ребенка с эмоциональными нарушениями, заостряются, усиливаются в присутствии людей, вызывающих у него конфликтные чувства, например, матери или других детей. У части детей, госпитализированных в связи с тяжелыми нарушениями эмоций и коммуникации, стереотипии усиливаются при посещении их родителями. Этот феномен можно связать с усилением эмоционального напряжения и ростом амбивалентности по отношению к родителям, оставившим ребенка в больнице.

У некоторых детей в таких условиях может наблюдаться регресс от стереотипов к стереотипиям. Так, наблюдаемая нами девочка 6,5 лет на протяжении первых нескольких недель, проведенных в группе пятисуточного пребывания в клинике, только возбужденно бегала от стены к стене, в то время как на индивидуальных занятиях она строила достаточно сложную, хотя и стереотипную, символическую игру, в которой адекватно передавала эмоциональные отношения между персонажами.

В психоанализе стереотипии связываются с нарушением восприятия времени, попыткой задержать его течение (*Meltzer, 1975b*).

ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ — УРОВЕНЬ АФФЕКТИВНОЙ ЭКСПАНСИИ

На третьем уровне (аффективной экспансии¹) аффективная система сталкивается с новыми свойствами среды и новыми, более сложными, задачами. Сенсорное поле, где системой отсчета являются ощущения собственного тела, сменяется пространственно-предметным, состоящим из отдельных физических объектов, находящихся на определенном расстоянии друг от друга.

Активность организма на этом уровне направлена на овладение, захват различных объектов, обладающих определенной побудительной силой (валентностью). При этом ребенок и привлекающий его объект, как правило, разде-

¹ По мнению А.А.Ухтомского (1978), основной тенденцией в развитии мотивов является экспансия в смысле овладения средой.

лены препятствием, первым из которых является само пространство.

На этом уровне наблюдается особая чувствительность к любым ограничениям и препятствиям. Для их преодоления ребенок щедро расходует свою энергию. Третий уровень — уровень стенических эмоций, как положительных, так и отрицательных.

Барьер воздействует на эмоции ребенка неоднозначно. Во-первых, он несет не только отрицательный эмоциональный заряд, а является также *меркой*, с помощью которой ребенок может оценить свои возможности. Так, само преодоление барьера является основной целью и смыслом многих действий, например, спортивных, игровых. Целый период в детских играх направлен на преодоление страхов высоты, глубины, темноты. Специальные детские игры связаны с оценкой моторных возможностей (игры на сохранение равновесия, скорость, выносливость).

Во-вторых, барьер обладает *тонизирующим* эффектом. Снятие напряжения, связанного с его преодолением, сопровождается состоянием облегчения, эмоционального подъема и даже эйфории. Достижение таких состояний представляет в определенных условиях *самостоятельную ценность*. Поэтому стремление к риску, ситуации азарта, может стать отдельной целью поведения.

В патологии тонизирующими свойствами обладают агрессивные и другие разрушительные действия. Дети с выраженными страхами, а также с сильным чувством неполноценности (Занков, 1935) иногда пытаются преодолеть их с помощью агрессивных фантазий (о катастрофах, убийствах, вампирах). Этот прием, спонтанно используемый ребенком, как правило, не дает продолжительного эффекта. Агрессивные фантазии облегчают страхи ребенка лишь на то время, пока он идентифицирует себя с агрессором. Как только он идентифицирует себя с жертвой, страхи усиливаются. Поэтому ребенку приходится сгущать и множить агрессивные образы, постоянно подпитывая ощущение собственной силы.

Поскольку из всех уровней третий является наиболее энергетически сильным, он в определенных пределах мо-

жет подавлять запросы последних. Например, для достижения цели ребенок может игнорировать холод, голод и другие лишения. В этом и сила, и слабость третьего уровня. Игнорирование сигналов, поступающих от нижележащих уровней, ведет к снижению ориентировки в окружающем, недооценке опасности.

На третьем уровне особенно возрастает роль активности, ее регуляции со стороны аффективной системы.

Активность понимается нами, во-первых, как устойчивость поведения ребенка, направленного на достижение цели, по отношению к барьерам на пути к ней. Качество активности ребенка зависит от природы барьера: физический он или социальный, простой или сложный, знакомый или новый. Природа барьера определяет соотношение страха, гнева и других эмоций, которые он вызывает у ребенка.

Кроме того, нас особенно интересует спонтанная активность, которая заключается в активном поиске таких стимулов и барьеров, которые позволяют ребенку испытать и утвердить себя, и тем самым тонизировать, овладевая этими стимулами и преодолевая эти барьеры.

Активность может быть также понята как стремление ребенка переделать окружающее поле, выявить не заданные прямо свойства игрового материала или даже дать вещам новое значение. Активный ребенок стремится сделать из игрового материала что-то свое, а не просто манипулировать им.

С точки зрения К.Лоренца, спонтанная активность — это главный показатель энергетического потенциала индивида. «Здоровое животное активно и что-нибудь делает» (*Мак-Даугал*, цит. по: *Лоренц*, 1997, с. 97).

Любая эмоция, независимо от ее знака, используется «здоровым» третьим уровнем для поддержания и усиления готовности ребенка к действию. Например, страх определенной дозированной (переносимой, не шокирующей) интенсивности мобилизует активность ребенка при прямом столкновении с пугающей ситуацией, усиливая чувство триумфа при благополучном ее исходе.

Способность к изменению знака ситуации (с «минуса» на «плюс») основывается на предвосхищении хорошего

ее исхода (освобождения, победы, успеха) и предполагает сохранность врожденного механизма положительного подкрепления успешного достижения цели. Поскольку третий уровень требует анализа соотношения полевых сил, четкой постановки задачи, осознания препятствий и терпения в их преодолении, т.е. волевых качеств, в его работе аффективная экспансия тесно переплетается с интеллектуальной.

В отличие от детей с первичной патологией эмоциональной сферы, дети-олигофрены в некоторых случаях способны проявлять особую настойчивость в выполнении задания, прежде всего благодаря отсутствию пресыщения от монотонных занятий и из-за неспособности самостоятельно выйти из ситуации достижения определенной цели. Это связано с высокой ригидностью и низкой пластичностью психических процессов у умственно отсталых детей (*Левин* по: *Выготский*, 1983). В силу слабой способности к замещению неожиданные препятствия на пути к цели могут вызывать у таких детей панику или аффективную бурю. В ряде случаев особая настойчивость в овладении учебными и трудовыми навыками у детей с легкой и умеренной степенью умственной недостаточности продиктована стремлением компенсировать чувство неполноценности, сравняться со сверстниками (*Занков*, 1935).

В данной части работы нас интересуют, прежде всего, аффективные компоненты активности, т.е. доминирующая установка ребенка по отношению к препятствиям: приближение, избегание или амбивалентное отношение. Развитие определенного типа активности у ребенка идет по линии отбора наиболее адаптивных для взаимодействия с ближайшим социальным окружением форм активности на определенной конституциональной «почве».

Предполагается, что активность имеет сильную конституциональную основу (*Thomas, Chess, Birch*, 1968). В младенчестве уровень активности определяется по количеству моторной активности ребенка, направленной на контакт с окружающим миром (с живыми и неживыми объектами).

Способность сконцентрировать внимание на новой стимуляции (разных модальностей) в течение более, чем трех

секунд, является хорошим показателем активности младенца младше 3-х месяцев. В более старшем возрасте активность увеличивается за счет стремительного развития ее технического оснащения, простраивания разнообразных сенсомоторных координаций (*Гезелл*, по: *Knobloch, Pasa-manick*, 1974).

Активность в рамках поведения привязанности заключается в стимуляции материнского поведения, в способности младенца активно влиять на формы взаимодействия, предлагаемые матерью, и развивать новые формы контакта.

С первых месяцев жизни важно, как ребенок справляется с фрустрирующими ситуациями, продолжает ли стремиться к желаемому объекту, несмотря на препятствие, долго ли сохраняет к нему интерес, проявляет ли настойчивость в освоении определенного моторного или коммуникативного навыка.

По данным Мейли (по: *Фресс, Пиаже*, 1975), индивидуальные особенности детей в зависимости от их отношения к предъявляемому предмету (приближение или избегание) обнаруживаются рано, уже в возрасте 3—4-х месяцев (т.е. в период активного формирования целостного поведения привязанности), и сохраняются в течение первых 5—8-ми лет жизни. У одной группы детей отмечается незначительное первоначальное торможение или его отсутствие, отсутствие напряжения, улыбка, свободное исследование, у детей другой группы — нарастающее напряжение, раздражение или игнорирование нового предмета.

Наряду с конституциональным фактором сильное воздействие на развитие уровня аффективной экспансии оказывает качество привязанности между ребенком и матерью, особенно в первые 1,5—2 года жизни.

Ослабление аффективной экспансии в условиях эмоциональной депривации

При неблагоприятных условиях развития (тяжелая эмоциональная депривация, возникающая из-за депрессии, занятости матери или ее чрезмерной поглощенности собой, а также из-за внутреннего эмоционального дефицита самого ребенка) появляющиеся в первые 3—4 месяца (*Trad*,

1986; *Weil*, 1992) жизни элементы избегания и амбивалентности не только препятствуют развитию близкого контакта младенца с матерью, но и тормозят или искажают исследовательскую активность ребенка, направленную на окружающий мир. Опыт неспособности регулировать (предсказывать, изменять) поведение матери усиливает пассивность ребенка.

Стремление к овладению объектами у такого младенца может быть чрезвычайно неустойчивым. Достаточно ничтожного препятствия (например, удаленности предмета на расстояние, превышающее длину вытянутой руки), чтобы первоначальный импульс к овладению этим предметом погас.

Интерес к объектам у таких детей может быть попыткой найти в неживой среде заместитель матери, который бы они могли контролировать, произвольно вызывая тонизирующую или успокаивающую стимуляцию, подобно тому, как обезьянки-изолянты «привязывались» к покрытым мягкой тканью манекенам (*Харлоу Г., Харлоу М., Суоми*, 1975). Поиск этих заместителей может давать впечатление активного исследовательского поведения, однако не является им на самом деле. Сама же привязанность к неодушевленному объекту, заменяющему мать, может облегчать активное исследование среды, как это было показано в опытах с теми же обезьянками¹.

Лишь в небольшой части случаев ребенок может проявлять устойчивый исследовательский интерес, несмотря на небезопасную привязанность к матери (*Ainsworth et al.*, 1978).

У детей с легкими и умеренными формами эмоциональной недостаточности тенденция к развитию автономной от поведения привязанности исследовательской активности с возрастом несколько усиливается. Это связано с возрастными специфическими перестройками связей между уровнями эмоциональной регуляции.

В первые месяцы жизни на условия эмоциональной депривации ребенок реагирует искажением в работе пер-

¹ В присутствии искусственной матери обезьянки обследовали незнакомую комнату, время от времени возвращаясь к ней, чтобы ослабить чувство неуверенности.

вого уровня эмоциональной регуляции, а уровень аффективной экспансии страдает вторично. Действительно, младенец с измененной чувствительностью к интенсивности ключевых воздействий реагирует вспышками страха и тревоги даже на безобидную стимуляцию (*Tustin, 1990; Bergman, Escalona, 1949*).

В ряде случаев активность, направленная на внешний мир, ограничена из-за высокого мышечного напряжения младенца, которое с самого раннего возраста часто выступает как симптом страха или страдания, сопровождающегося гневом (*Изард, 1999*).

Концентрация внимания ребенка на восприятии своих мышечных ощущений в условиях аффективного стресса рассматривается в психоанализе как попытка воздержаться от нерегулируемого плача до истощения (*Bick, 1968*). Патологически низкий тонус (с «обмяканием» и сползанием на пол с рук взрослого) также может рассматриваться как защитное поведение (защитная дезинтеграция — *dismantling*) (*Meltzer, 1975*).

Патологический тонус, который часто отмечается у ребенка с тяжелой эмоциональной депривацией, вмешивается в работу более высоких уровней как мышечной, так и эмоциональной регуляции. К началу второго полугодия жизни в норме ребенок приобретает позу, которая в значительной степени основывается на тонической регуляции и на знании пространственных очертаний своего тела (*Бернштейн, 1990*). Нарушения тонуса препятствуют разворачиванию активности ребенка в пространственном поле.

• В норме, начиная с 15-месячного возраста, эмоциональная недостаточность проявляется ярче всего в искажении уровня аффективной экспансии. У ребенка более младшего возраста аффективная экспансия легко тормозится, его поведение ориентировано прежде всего на поддержание безопасного эмоционального контакта с матерью. Так, годовалый ребенок находится на пороге обнаружения многих своих способностей, его достижения очень неустойчивы, и в экспериментальной ситуации, т.е. в условиях аффективной нагрузки, весьма вероятен регрессивный возврат к старым способам действия (*Гезелл, по: Knobloch, Pasamanick, 1974*).

15 месяцев — это время более завершенной организации поведения, итог интеграции форм, возникших в предшествующий период развития (начиная с 40-недельного возраста). В этом возрасте ребенок обладает более стабильной эмоциональной регуляцией, чем в возрасте одного года, поскольку его собственная исследовательская мотивация и мотивация поиска защиты и эмоциональной поддержки у матери временно сбалансированны. Исследовательская активность ребенка этого возраста определяется уверенностью в существовании безопасного тыла. Сохраняющаяся интенсивность многих страхов (связанных с пространством и возможной разлукой с матерью) удерживает его возле матери.

Однако уже в 18 месяцев ребенок вновь утрачивает эмоциональную устойчивость; период от 1,5 до 2-х лет выдвигает новые требования к системе эмоциональной регуляции ребенка, особенно к ее третьему уровню. Недаром в психоанализе этот период называют периодом «кризиса восстановления отношений» с матерью (*Mahler, 1972*): реализовать собственную активность для ребенка становится важнее, чем следовать указаниям матери и руководствоваться ее эмоциональными оценками. Ребенок во втором полугодии второго года жизни уже способен сказать «нет».

Мощное высвобождение активности ребенка в этот период связано со значительным уменьшением количества стимулов и ситуаций, вызывающих у него страх. Тормозящее воздействие стимулов, связанных с физической опасностью (высоты, внезапных перепадов интенсивности стимуляции, шума, а также новых и необычных предметов и людей), стремительно уменьшается, а социально обусловленные барьеры (воображаемые существа, ситуации и предметы, которые могут причинить боль, запреты) еще только приобретают свое регуляторное значение (*Фресс, Пиаже, 1975*).

Это период первичной оценки собственных возможностей, предшествующий появлению цельного образа Я. Однако в ситуациях угрозы, боли, неожиданного воздействия малыш по-прежнему использует мать для нейтрализации тревоги и страха.

Без отлаженной связи с матерью аффективная экспансия оказывается недостаточной. В крайних случаях она либо становится необузданной и поверхностной, трансформируясь в гиперактивность, либо полностью подавляется.

Естественное удаление такого ребенка от матери не носит постепенного и предсказуемого характера, отмечаемого в норме (начиная с годовалого возраста и до 5-ти лет каждый месяц ребенок удаляется от матери на $\frac{1}{3}$ м) (*Rheingold, Eckerman*, по: *Лангмейер, Матейчек*, 1984).

В состоянии *гиперактивности* ребенок не чувствует опасности: едва начав ходить, он убегает от матери, так что та вынуждена его ловить. Эмоциональные сигналы матери не учитываются таким ребенком, а яркие и более грубые сигналы поля становятся главными ориентирами, определяющими его поведение.

Гиперактивность, позволяющая ребенку поддерживать состояние оптимального возбуждения за счет постоянной смены разнообразной стимуляции (кинестетической, проприоцептивной, зрительной, тактильной, слуховой, обонятельной, вкусовой) также может рассматриваться как вариант аутостимуляции, которая не является активностью в собственном смысле этого слова.

В более старшем возрасте возбудимая форма поведения, характеризующаяся беспокойством и гиперактивностью, считается вероятным синдромом «*страха-гнева*» (*Изард*, 1999). Для нее характерны импульсивные агрессивные разряды, часто направленные на случайные предметы (смещенное поведение). Как показывают наблюдения этологов, гиперактивная форма поведения, сочетающаяся с агрессией, является первой — протестной — фазой неспецифической реакции на травмирующее воздействие.

При большой продолжительности или сверхвысокой интенсивности воздействия на смену гиперактивности приходит *депрессия* (см. описание развития реакции на разлуку с родителями у детей второго года жизни у *Боулби*) (*Bowlby*, 1979).

Выраженное *снижение активности* свидетельствует о преобладании у младенца рассеянно-созерцательного или апатичного состояния. Гипоактивная форма поведения, как правило, лишена агрессивного элемента и чаще рассматривается как выражение «страха-страдания», переживание которого находится в центре синдрома анаклитической депрессии (Шниц, 2000). В состоянии сниженной активности депрессивный ребенок проводит большую часть периода бодрствования, не двигаясь с места, часто стереотипно раскачиваясь или держась за один и тот же предмет.

У эмоционально депривированных детей возможен и вариант смещенной активности, которая определяется скорее поиском объекта привязанности, а не собственно исследовательскими целями. Например, отказной ребенок обычно остающийся пассивным, при появлении в группе доступного взрослого активизируется, используя разнообразные действия с предметами для привлечения к себе внимания взрослого (собственные наблюдения).

В ряде случаев, когда травматический характер воздействия оказывается чрезмерным, а страхи и болезненные ощущения от неожиданного или неконтролируемого воздействия не могут быть купированы матерью, возникает реальная угроза распада активности ребенка.

Как показывают клинические наблюдения, ряд детей с ранней детской шизофренией, начавшейся в период от 1,5 до 2-х лет, не смогли восстановить активность после столкновения с угрожающей их жизни ситуацией (сильный ожог, асфиксия, отравление и т.д.; собственные наблюдения). Как правило, значительный регресс в возрасте 18-ти—24-х месяцев возникает, если ребенок развивался слишком быстро и неравномерно до травматизации, т.е. удар приходится на крайне неустойчивую систему поведения и эмоциональной регуляции. Неблагоприятный исход обусловлен распадом нескольких ключевых образований (коммуникативная речь, символическая игра, привязанность к матери), сопровождающимся нарастающей пассивностью ребенка.

Для стимулов и ситуаций, обращающихся к уровню аффективной экспансии, характерно столкновение полярных по знаку эмоций. Релизоры этого уровня и привлекают, и отталкивают одновременно. На ранних этапах развития эти стимулы-барьеры заданы биологически, далее мы рассматриваем их подробнее.

Стимулы, специфичные для уровня аффективной экспансии, и поведение, направленное на овладение ими в норме и патологии

1. Стимулы, связанные с пространством

Страх и одновременно желание испытать себя вызывают высота (глубина), удаленность, закрытость или открытость пространства.

а) *Высота (глубина)*

Известно, что чувство глубины, сопровождающееся увеличением числа сердечных сокращений при нахождении младенца на «глубокой» половине установки с иллюзией обрыва, отмечается у детей рано, в возрасте 4-х месяцев (Изард, 1999).

С 7-ми месяцев у ребенка появляется полная картина страха высоты (после обязательного трехнедельного опыта ползания) (Изард, 1999); несколько позже развиваются и навыки овладения высотой: ребенок учится карабкаться по лестнице, влезает на стул и т.д. Страх высоты (падения при ходьбе, потери опоры, страх взобраться по лестнице) в возрасте 2—4-х лет в норме резко уменьшается (Фресс, Лиаже, 1975).

В патологии же, напротив, он может длительно сохраняться и даже усиливаться. Так, А.Н.Чехова (1963) приводит пример мальчика, у которого в возрасте 4-х лет возобновился прежний, пережитый им во время овладения навыком ходьбы, страх падения при ходьбе.

Страх падения особенно силен в том случае, если ребенок плохо знает границы своего тела. Такой ребенок даже в 3—4 года постоянно ищет опору в каком-либо объекте, особенно со стороны спины. Он усаживается в манеж, коляску, креслице качелей; причем, сидя в качелях, боится поднять ноги с поверхности пола.

Отсутствие страха высоты (глубины), связанное с неучетом этологически значимых признаков опасности, является также симптомом нарушения третьего уровня.

С началом развития символического мышления страх глубины (ямы, трубы, колодца, зеркала и др.) связывается со страхом смерти, исчезновения, причем эти страхи встречаются и в норме.

б) Удаленность

Начиная со второй половины первого года жизни ребенок начинают привлекать не только близкие, но и удаленные предметы (стремится схватить упавший предмет). Для достижения удаленного предмета от ребенка требуется больше усилий. В ряде случаев нормальные дети старше 1,5 лет решают проблему слишком большой удаленности желаемого объекта путем обращения за помощью к всемогущему взрослому («Мама, достань Луну!»; пример Ж.Пиаже).

В патологии удаленность предмета может блокировать активность ребенка, несмотря на то, что этот предмет является для него очень привлекательным. Так, мальчик 5-ти лет говорит, глядя на машинку: «Какая она красивая!», но не двигается с места, чтобы подойти к ней. Если же эта игрушка оказывается непосредственно перед ребенком, он играет ей (собственные наблюдения).

в) Закрытое пространство

Закрытое пространство (шкафы, пространство под кроватью, чемоданы и шкатулки), которое может ассоциироваться с темнотой, одиночеством, а у детей постарше — с воображаемыми «темными» существами (призраками, привидениями), населяющими его, у дошкольников вызывает и страх, и любопытство (соблазн открыть запретную дверцу, как в сказке «Синяя борода»).

Страх закрытого пространства (клаустрофобия) — это страх оказаться пойманным в опасном месте (в ловушке), из которого нет выхода, и подвергнуться атаке более сильного существа. На занятиях клаустрофобия может проявляться как непереносимость для ребенка, находящегося в полузакры-

том пространстве (домике, игровом туннеле¹) приближения взрослого (дверь или отверстие оказываются закрытыми).

г) *Открытое пространство*

Открытое пространство характеризуется повышением интенсивности воздействия ряда этологически значимых характеристик стимуляции, вызывающих страх, и большей вероятностью возникновения нестандартных ситуаций, т.е. барьеров различной природы, чем открытое пространство.

В норме ребенок стремится к игре на открытой площадке. Активность в открытом пространстве особенно усиливается у мальчиков, которые осваивают в полтора-два раза большую территорию, чем девочки (*Hart, 1978*).

При недостаточности эмоциональной регуляции такая игра может оказаться чрезмерной нагрузкой для ребенка, поскольку открытое пространство воспринимается им как незащищенное, слишком стимулирующее и требующее от него активных действий, к которым он не готов.

Ребенок с симбиотической связью с матерью пытается найти в игровой комнате эквивалент пространства «внутри матери» (например, игровой туннель), закрывает вход и выход, сворачивается в позу эмбриона и так покачивается.

Ребенок с амбивалентной связью с матерью может использовать опасные свойства открытого пространства для стимуляции ее родительского поведения.

Боулби (*Bowlby, 1969*) показал, что страх открытого пространства развивается у детей с тревожной привязанностью и «подготавливается» чувствами покинутости, заброшенности, потерянности. Боулби (по: *Изард, 1999*) отмечает близость механизмов школьной фобии и страха открытого пространства.

¹ Игровой туннель, или труба, — это игровой предмет, представляющий собой каркас из большой пружины, обтянутый гладкой, приятной на ощупь, однотонной сиреневой тканью. При нахождении внутри игрового туннеля ребенок воспринимает рассеянный розовый свет; диаметр трубы позволяет ребенку лежать в ней на спине с поджатыми к животу ногами, свободно ползать внутри нее на четвереньках и раскачиваться. Труба является символом материнской утробы.

В целом можно предположить, что в патологических случаях нарушается баланс между ранними, жестко запрограммированными страхами, и поздними страхами, представленными в более индивидуализированной символической форме. В обоих случаях страхи подавляют или искажают активность ребенка.

При одних вариантах патологии (РДА органического генеза) тормозящее влияние онтогенетически более ранних страхов, связанных с пространством, сохраняется дольше, чем в норме, в то время как символические источники страха формируются со значительной задержкой. Импульсивные действия, направленные на отдельные внушающие страх признаки пространства, могут быть объяснены как попытка одномоментного снятия страха при невозможности развернутых регуляторных действий.

Тревога при исследовании закрытого пространства может проявляться в том, что ребенок вместо активного перемещения внутри него перемещает это пространство вокруг себя (например, мальчик с РДА, 3-х лет 7-ми месяцев, вместо того, чтобы лезть в трубу, надевает ее через голову, будто рубашку).

При таком варианте искаженного развития, как ранняя детская шизофрения, активность ребенка значительно нарушается из-за фиксированности на изолированных, символически (бредоподобно) интерпретируемых им свойствах пространства при низкой общей активности (игнорировании действительно важных для регуляции поведения характеристик пространства, если они не входят в бредоподобные фантазии ребенка).

Так, мы наблюдали мальчика 4-х лет, воспринимавшего ту же игровую трубу как символ материнского живота, и в соответствии с собственным агрессивным отношением к матери терзавшего эту трубу с помощью разных инструментов (пилы, молотка, клещей), но так и не осмелившегося в нее залезть.

2. Новизна (необычность + неопределенность)

Новые стимулы, отличающиеся от привычных, вызывают и интерес, и страх.

Страх особенно силен, если новый стимул — чужое лицо, незнакомый человек — появляется в тот период, когда ребенок только-только построил целостный образ матери или заменяющего ее лица. У младенцев первых месяцев жизни и у детей с несформированной вовремя привязанностью другое лицо вызывает скорее интерес.

Стимулы, сочетающие качества живого и неживого (движущаяся и издающая звуки игрушка), пугают детей младшего возраста (до 1,5—2-х лет) и вызывают радость у детей постарше¹.

Новый предмет, лишенный особых этологически заданных «устрашающих» характеристик, скорее всего вызовет у ребенка интерес и желание поманипулировать с ним, а не страх (*Фресс, Пиаже*, 1975). Отсутствие желания дотянуться до нового предмета у семимесячного малыша (и, тем более, зрительное игнорирование вложенного ему в руку предмета) являются, по Гезеллу (по: *Knobloch, Pasatnick*, 1974), симптомами значительного дефицита «адаптивного поведения».

В норме существует определенная физиологическая пропорция между периодами активности и периодами вялости и бездействия, которые чередуются между собой, что подтверждает гипотезу Лоренца о свойстве спонтанной активности накапливаться, ждать своего часа и затем прорываться (*Лоренц*, 1997).

Однако в патологии эта физиологическая пропорция может быть нарушена. При двигательной расторможенности (органического генеза или аффективной природы, чаще связанной с плохо регулируемой тревогой) исследовательское поведение, направленное на новые стимулы, остается незавершенным. Новизна вызывает тревогу, ребенок предпочитает стереотипно играть со знакомыми игрушками. Большое напряжение, возникающее у такого ребенка при

¹ Неподвижное живое тело воспринимается приматами как очень опасное (по этой причине неподвижные от страха обезьянки-изолянты, высаженные в стадо после полугода или года пребывания в одиночестве, немедленно подвергались агрессии со стороны испуганных сородичей (*Харлоу Г., Харлоу М., Суоми*, 1975).

исследовании нового предмета, нередко импульсивно разряжается через агрессивные действия, направленные на этот предмет. Агрессия в этом случае «забивает» и оттесняет на второй план фобическую реакцию и позволяет ребенку увеличить время контакта с изначально неприятным объектом. Например, мальчик 3-х лет 7-ми месяцев, боящийся залезать в трубу, ритмично бьет ею по полу.

При депрессиях (классический пример — анаклитическая депрессия, описанная Шпицем) спонтанная активность может быть угнетена полностью в течение длительного времени: даже ключевые для исследовательского поведения стимульные характеристики оказываются неэффективными.

3. Сложность стимуляции

Чем больше переменных в стимуляции, тем более сложной она является. Сложность стимуляции резко повышается в присутствии других лиц (*Фресс, Пиаже, 1975*), поскольку возрастает непредсказуемость ее дальнейшего развития. Вообще, новое живое является более сложным, чем новое неживое, и поэтому с большей вероятностью вызывает страх.

Сложной может быть также задача манипулирования с неживыми предметами, если предстоит добиться определенного результата. Сложная задача, при решении которой ребенок потерпел неудачу, вызывает амбивалентные реакции: с одной стороны, как всякий болезненный опыт, она может вызвать избегание, с другой стороны, неудача может активизировать стремление исправить ошибку и добиться успеха.

Кроме того, есть данные, свидетельствующие о конституциональной основе способности длительной концентрации на определенном занятии, что является одним из показателей стабильности поведения ребенка (*Thomas, Chess, Birch, 1968*).

В патологии действие может вызывать излишнее напряжение и перерасход энергии, в результате чего завершение действия переживается не как успех, а только как окончание утомительного процесса (*Валлон, 1967*). Патологическое напряжение может дезорганизовывать тоническую основу как двигательного, так и речевого процессов (*Лебединский, 1996*). В этих случаях ребенок не может раз-

вернуть действие: перед его началом происходит импульсивная разрядка в виде экспрессивной вокализации и моторных стереотипий.

При самых тяжелых нарушениях эмоциональной регуляции на этом уровне пресыщение может возникать уже в самом начале действия.

Одним из общих способов стимуляции активности является создание ситуаций вынужденной активности. Это возможно даже в тяжелых случаях. Как показывают наши наблюдения, в условиях госпитализации, т.е. отрыва от привычной, «помогающей» среды, дети даже с тяжелыми вариантами РДА быстро овладевают навыками опрятности, самообслуживания и элементарными коммуникативными навыками (подражание, параллельная игра, соревнование за объект и территорию, за внимание взрослого). Разрыв симбиотической связи с матерью стимулирует собственную активность ребенка, который вынужден бороться с другими детьми за определенный статус в группе.

Интересно, что в домашних условиях (например, во время отпуска домой на выходные) в тот же период ребенок нередко продолжает рассчитывать на близких и демонстрирует беспомощность, а затем использует ее для провокации и раздражения близких (собственные наблюдения; см. также *Alvarez, 1996*).

Только в наиболее тяжелых случаях приходится вырабатывать навык инициирования действия искусственно, путем заучивания определенных координаций движений, без истинного обучения (*Лоренц, 1997*).

В условиях эмоциональной депривации ребенок легко развивает реакции по типу «выученной беспомощности», когда при первом же препятствии он бросает занятие, комментируя свою несостоятельность словами: «Не знаю, не могу, не умею». Для таких детей характерны неспособность поддерживать мотивацию на достижение цели в условиях отсроченного вознаграждения и отсутствие мотивации на сам процесс.

Для одаренных детей, чувствительных к малейшему расхождению между результатом и образцом, характерна *первичная* катастрофическая реакция на неудачу. Однако пос-

ле эмоционального всплеска эти дети способны добиться хорошего результата.

4. Предмет как препятствие

В норме одним из самых аффективно насыщенных стимулов в детстве является игрушка. Игрушка выступает как препятствие в том случае, если репертуар действий с ней у ребенка крайне ограничен; если ребенок игнорирует некоторые очевидные свойства предмета, ограничиваясь воспроизведением одного и того же сенсорного эффекта. Аффективная недостаточность здесь часто усиливается сопутствующей умственной отсталостью. При развитой аффективной экспансии даже непривлекательные или отталкивающие свойства игрушки не тормозят игры и включенной в нее исследовательской активности.

а) *Непривлекательный предмет*

Помимо сложности игрушки, барьером-стимулом для игры может стать ее низкая привлекательность. Простота и сенсорная бедность игрушек могут быть скомпенсированы путем комбинирования таких игрушек между собой, в результате чего ребенок создает себе более привлекательный объект. При слабости уровня аффективной экспансии в этих условиях чаще наблюдается значительный регресс игры или аутостимуляторная активность, означающая компенсаторную фиксацию ребенка на своих внутренних ощущениях.

В известных опытах Ф.Баркер, Т.Дембо и К.Левина (*Barker, Dembo, Levin, 1941*) снижение привлекательности игрушек (ситуация фрустрации) у большинства детей 2-х—5-ти лет вызывало примитивизацию игры. Однако у части детей (у 5 из 30 испытуемых, т.е. у 17%) при доступности только мало привлекательных игрушек вместо регресса игры отмечалось ее усложнение, в частности увеличивалась степень ее конструктивности. Эти дети сумели поменять знак ситуации (обратив ее минусы в плюс), показав тем самым отличную эмоциональную устойчивость.

б) *Отталкивающий предмет*

Ребенок может избегать либо, напротив, искать игры с такими игрушками, которые представляют для него потенциальную опасность. Мы наблюдали такое поведение у детей с ранним опытом эмоциональной деприва-

ции, которые используют его для стимуляции материнской заботы (игра с закрывающимися дверями лифта, например), а также у детей с симбиотическими отношениями с матерью.

Для детей с тяжелой эмоциональной депривацией субъективную опасность могут представлять такие свойства предмета, которые в норме, напротив, оказываются привлекательными (мягкость; наличие «живых» деталей; величина, сопоставимая с реальной). Эти дети предпочитают играть с самыми простыми предметами (одноцветным пластмассовым кубиком, карточками), испытывая страх перед мягкими игрушками и куклами.

5. Территория и предметы как (потенциальная) собственность

Тенденция к расширению «своего» мира, стремление укрупнить свое Я за счет освоения дополнительной территории и овладения новыми предметами (собираительство, соревнование за объект) широко распространено среди детей-дошкольников, начиная с двухлетнего возраста. Появление элементов собираительства или освоения территории являются важными предвестниками формирования цельного образа Я. О.В.Протопопова (2002) подчеркивает необходимость дифференцировать абсолютно нормальную «фронтальность» (стремление к расширению своего Я) дошкольника от ее проявлений, наблюдающихся у трудных детей в более старшем возрасте. Составной, если не главной, частью многих детских игр является соревнование за объекты, наделяемые особой ценностью, и территорию («классики», «ножички», «вышибалы», игра в карты, шашки, шахматы и др.).

Избыток экспансивных тенденций, гипертрофированное «Я хочу!» отмечается у детей с высокой конституциональной агрессивностью, которая наиболее ярко проявляется в чрезмерной защитной агрессии. Напротив, недостаточность экспансивных тенденций отражается в чрезмерной слабости или даже отсутствии защитной агрессии, а также в задержке становления или неустойчивости личного местоимения «я» в речи. Мы выделяем несколько этапов в развитии территориальной экспансии у такого ребенка.

а) Ребенок с очень слабыми экспансивными тенденциями пытается вписать себя в пространство, укрыться в нем, заполнить собой нишу, сделаться незаметным, маленьким. При этом он часто пытается поместить себя в емкость, меньшую, чем размеры его тела. На этом этапе ребенок, перебирая укрытия в поисках наиболее подходящего, постепенно приобретает знание об истинных *границах* своего тела.

б) Знание своих границ и четкая дифференциация частей собственного тела приобретаются только в результате достаточного моторного опыта.

Симптомом искажения в эмоциональной сфере является сочетание способности показать части тела на игрушке с неспособностью показать их на себе, путание частей тела, принадлежащих другому человеку, игрушке, изображению в зеркале и своих собственных¹.

в) Следующим шагом является развитие представления ребенка о *своих* вещах и территории. В психоаналитически ориентированной игровой терапии (Klein, 1955) для каждого ребенка отводится индивидуальный ящик с игрушками. Этот прием позволяет ослабить страхи ребенка, что «его» игрушки на самом деле ему не принадлежат и используются другими детьми, и связанные с этими страхами зависть, жадность и ревность.

В случае стремительно усиливающегося, хотя и с запаздыванием по сравнению с нормой, третьего уровня, когда он работает без прикрытия высших уровней эмоциональной регуляции, «обнажаются» наиболее примитивные, биологически заданные, способы метки своей территории и обнаружения чужой территории и объектов. Покидая свое место, ребенок может оставлять свой след, пользуясь биологическими маркерами (мочой, слюной), «обнюхивает» чужие следы, следы пребывания других детей (Reid, 1999; собственные наблюдения — мальчики 3-х—6-ти лет с синдромом раннего детского аутизма).

¹ См. дипломную работу Е.Е.Обуховой (1972), выполненную под руководством В.В.Лебединского.

г) Ребенок может буквально «собирать себя», делать более значительным свой физический облик или экспериментировать с ним (надевает на себя много вещей, заполняет карманы мелкими предметами и т.д.).

д) После того, как в речи ребенка появилось местоимение «я», тенденция к расширению *Я* резко усиливается, особенно в группе детей.

Строительство устойчивого образа собственного *Я* идет также через сопоставление своих вещей и вещей другого. У ребенка может обнаружиться стремление мимикрировать под внешний вид другого человека («У Д. есть такие же колготки?»), возникает симптом недостаточности — убеждение, что сходство внешнего облика может «превратить» одного человека в другого. Патологическим симптомом формирования своего *Я* является компульсивное воровство у эмоционально депривированных детей (*Боулби*, по: *Лангмейер, Матейчек*, 1984), связанное с навязчивой привлекательностью «чужого» и питаемое завистью (*Кляйн*, 1997).

6. Признаки доминантности в поведении другого человека (социальные барьеры)

Это эмоциональные выражения или особые формы поведения, используемые другим человеком для установления доминирования над ребенком (в семье или в группе детей). Ранговый порядок социальной группы (распределение статусов доминантности и подчинения) устанавливается и перестраивается в результате регулярных стычек, особенно игровых, между детьми 3-х—5-ти лет с различающимися по рангу статусами (*McGrew*, 1972).

Барьером, стимулирующим активность ребенка по сопротивлению давлению другого и по утверждению себя, является доминантное поведение другого человека (означающее более свободное владение им вниманием других, игрушками, территорией).

К ключевым формам поведения другого человека, запускаящим у ребенка либо подчиняющееся, либо самоутверждающее поведение, относятся: вторжение в личное пространство ребенка, требование, запрет, агрессия, уг-

роза, квазиагрессия¹, а также поведение-вызов (в чистом виде — демонстрация своих физических возможностей, заставляющая ребенка-наблюдателя пойти на испытание себя ради доказательства того, что «я так тоже умею», «я не хуже», «мне не слабó»).

В норме чувствительность к признакам доминантности другого человека резко увеличивается во втором полугодии второго года жизни в связи с завершающей стадией отделения ребенка от матери и сохраняется на протяжении всего детства. Эволюционируют и отрабатываются лишь соответствующие формы «самоутверждающего» поведения, среди которых особое место занимают агрессивные и квазиагрессивные взаимодействия.

Предварительное овладение квазиагрессивной формой взаимодействия, при которой дети играют в агрессию, не причиняя друг другу боли, по-видимому, необходимо для правильного формирования аффективной устойчивости к агрессивному поведению другого. Так, игры в нападения, предполагающие легкую угрозу со стороны взрослого с последующей разрядкой в виде смеха, используются уже во взаимодействии с младенцами («укушу», «забодая-забодая», «в ямку — бух»).

В норме возрастание агрессивного поведения отмечается на втором году жизни и несколько опережает развитие кооперативных действий, репертуар которых значительно увеличивается на третьем году жизни (*Restoin, Montagner et al.*, 1985). У детей со значительной задержкой эмоционального развития (в частности, с РДА) появление агрессивных действий в значительно более позднем по сравнению с нормой возрасте (после 5-ти лет) также предшествует появлению кооперативных взаимодействий, являясь их предвестником (собственные наблюдения).

¹ Квазиагрессия — это игровая агрессия с функцией распределения статусов между играющими, но без причинения физической боли участникам (*McGrew*, 1972), используемая как в реальных стычках, так и в соревновательных играх (соревнование за объект/территорию, спортивные соревнования).

Гиперфункция защитного избегания у ребенка, который не проявляет агрессии и выглядит беззащитным, не означает полного угнетения агрессии. Скорее, речь идет о подспудном ее накоплении (*Лоренц, 1997*), с внезапными прорывами импульсивной агрессии, либо о ее замещении («неагрессивный» ребенок может смеяться, когда наказывают или ругают другого ребенка; либо подминать под себя игрушки; либо передвигаться по комнате, как будто невзначай сметая предметы, встречающиеся на его пути). В любом случае надо искать «канал», куда ребенок отводит агрессивную энергию.

При РДА (органического генеза) наряду с парциальной недостаточностью агрессивного поведения (с точки зрения его репертуара и механизмов регуляции) отмечается еще более глубокий дефицит квазиагрессивного поведения (т.е. более мягкой формы силового взаимодействия, требующей от ребенка способности к координации противоречивых сигналов: угрозы и игры), в результате чего отношения с другим ребенком на этапе прорезывания своего *Я* строятся как гипертрофированно агрессивные (собственные наблюдения).

В целом, период от 18 до 36 месяцев в норме характеризуется активным стремлением к самостоятельности, и вместе с тем повышенной чувствительностью к обиде, усилением ревности, склонностью к истерикам и капризам, провокативным поведением, когда ребенок исследует пределы допустимого. Возраст около 3-х лет соответствует первому пубертатному кризу, чрезмерно выраженные и устойчивые проявления которого, по мнению *Сухаревой (1959)*, отмечаются у детей с врожденной или рано приобретенной нервностью¹ (повышенной аффективностью).

При недостаточной устойчивости к социальным барьерам любая просьба или задание взрослого может восприниматься ребенком как давление, а взрослый, обращающийся к нему, как «захватчик» или «агрессор». Интересно, что если

¹ Под нервностью в психиатрической клинике детского возраста понимают повышенную готовность реагировать сильным негативным аффектом даже на минимальные раздражители; высокую эмоциональную лабильность; склонность к образованию фиксации в аффективной сфере.

та же просьба исходит не от взрослого, а от другого ребенка, то она, скорее всего, не вызовет столь ярких реакций негативизма и агрессии. Это связано, прежде всего, с большей привлекательностью и безопасностью ребенка, чем взрослого.

Такие симптомы, как негативизм, упрямство, агрессия, протестные реакции адаптивны в том случае, если их самоутверждающая функция (ломка стереотипов и овладение ребенком новыми видами активности) перекрывает их защитную функцию (когда они «прикрывают» сворачивание активности).

О.В.Протопопова (2002) выделяет несколько форм негативизма у трудных детей: шизоидный ребенок в ответ на предложенное задание просто не слышит сказанного или уходит; чрезмерно эгоцентричный ребенок упорно и настойчиво делает что-то свое, то, что он хочет сам (расширение для самоутверждения); неуверенный в себе, но стремящийся скрыть свое чувство неполноценности ребенок дает искаженное или обратное действие.

Для прогноза важно установить, способен ли ребенок на психическое усилие, существует ли «зазор», «зона напряжения» между заданиями, которые он выполняет легко, и заданиями, которые вызывают у него негативизм; способен ли ребенок тонизироваться от преодоления первоначального сопротивления просьбе/заданию взрослого.

При ранней детской шизофрении период негативизма и ярких протестных реакций может соответствовать начальному — мобилизационному — периоду стрессовой реакции психики на болезненный процесс, предшествуя нарастанию более грубой негативной симптоматики, в том числе — расщеплению Я ребенка, деперсонализации (Симсон, 1948; собственные наблюдения).

Уже первые слова таких детей нередко отражают их тотальный негативизм: «отойди», «не хочешь», «не будешь». Другим вариантом искаженного развития уровня аффективной экспансии является отсутствие нормальных протестных реакций в период кризиса 2—3-х лет с последующим их прорывом, причем с необычной силой и длительностью (полный мутизм, жестокая агрессия по отношению к более доминантным членам семьи, с которыми ребенок соперничает).

Развитие аффективной экспансии у ребенка-шизофреника идет по искаженному пути; она направлена «вовнутрь» (на борьбу со сверхсильной эндогенной тревогой и преследующими ребенка агрессивными образами, в которые она оформляется), а не «вовне», на реальное утверждение себя среди других людей архетипически и культурно заданное.

7. Устрашающие вымышленные персонажи

Эти образы активно используются детьми, начиная с 2-х лет (Фресс, Пиаже, 1975) (см. рис. 1). Они являются заданными культурно (сказки, страшные истории) или придумываются самими детьми. Слишком ранняя стимуляция такими образами ребенка с неразвитым уровнем аффективной экспансии приводит к фиксации страхов и аг-

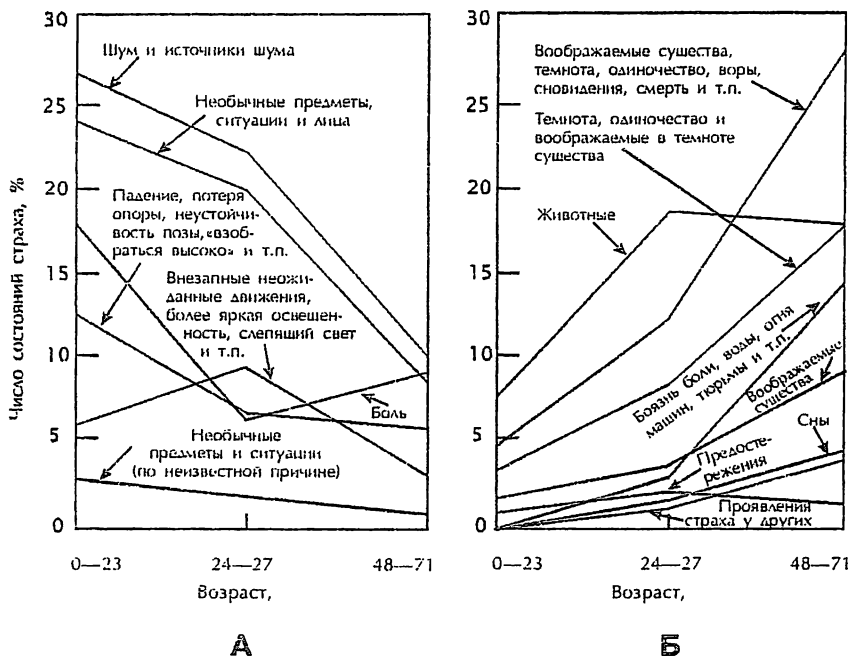


Рис. 1. Относительная частота различных ситуаций, вызывающих страх у детей, в зависимости от возраста:

А — результаты наблюдений родителей и воспитателей за 146 детьми в течение 21 дня (соответственно по возрастам детей было получено 31, 91 и 24 описаний); Б — данные несистематических наблюдений за 117 детьми (соответственно 27, 67 и 23 описаний) (Carmichael, по: Фресс, Пиаже, 1975)

рессивных фантазий. Ребенок идентифицируется с агрессором для борьбы со страхами и «сживает» с этой ролью.

Психодраматический момент для слушателя и рассказчика детских страшилок (которые, как известно, имеют плохой конец) заключается в исследовании последствий свободного выражения своих деструктивных импульсов и — в какой-то степени — в способности «знать страшное», контролировать свой страх, в том числе страх смерти.

Чем грубее эмоциональная патология, тем более конкретный, менее символический характер имеют устрашающие образы. Интерес к страшному, грязному, мертвому приобретает силу влечения и выражается непосредственно. Ребенок проявляет особый интерес к мертвым животным, его влекут подвалы, помойки.

Символические страшные образы, с помощью которых ребенок пытается оформить, «схватить» свой негативный аффект, подробнее рассматриваются далее (см. пятый уровень эмоциональной регуляции).

ЧЕТВЕРТЫЙ УРОВЕНЬ — УРОВЕНЬ БАЗАЛЬНОЙ АФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ

Среда на четвертом уровне качественно изменяет свои свойства. «Другой» с его целями, поступками и переживаниями становится наиболее значимым фактором в эмоциональной жизни индивида, поэтому конкретный приспособительный смысл этого уровня заключается в налаживании аффективного взаимодействия с другим человеком. Это прежде всего достигается способностью к «чтению» эмоциональных состояний. С помощью речи и паралингвистических средств — интонации, мимики, выражения глаз, определенных поз — осуществляется обмен эмоциями от элементарного заражения своим состоянием до передачи самых сложных переживаний¹.

На четвертом уровне возрастает роль положительных эмоций, которые придают смысл действиям и тонизиру-

¹ Заражение также является одним из способов управления. Это сигнал другому — «делай, как я». Такой способ передачи информации эффективен в ситуации цейтнота.

ют. Эффективность любого действия возрастает в условиях сочувствия, сопереживания.

Основной функцией этого уровня является *управление своим поведением и поведением «другого» на основе эмоциональной информации*. Через интериоризацию эмоциональной оценки близкого взрослого в жизнь ребенка входят такие базовые понятия, как «хорошо—плохо», «стыдно». Эти понятия имеют глубинную основу в психике человека. Известным психиатром С.С.Корсаковым был описан случай идиотии (у больной отсутствовала речь, элементарные навыки самообслуживания и т.д.), когда, несмотря на глубокую интеллектуальную недостаточность, больная не только понимала похвалу и порицание, но и давала на них адекватные эмоциональные реакции.

Четвертый уровень является ведущим в эмоциональном взаимодействии с другими людьми. *Он вносит новые смыслы в работу нижележащих уровней.*

В присутствии «другого» изменяется субъективная оценка физического поля. Как показали опыты ученицы К.Левина А.Фаянс (*Lewin, 1935*), в отсутствие взрослого близкие предметы вызывают у ребенка интерес, дальние — нет. Однако, если взрослый и предмет совмещались в зрительном поле ребенка, дальние предметы вызвали у него интерес, независимо от его пространственного расположения.

Второй уровень включается в построение сенсорного образа «другого». На третьем уровне ограничивается стремление к экспансии. Возникает понятие «не мое», различные формы запретов, табу.

Таким образом, активное включение четвертого уровня в регуляцию аффективными процессами вносит в нее новые цели и оценки. В детском возрасте доминирование в аффективном поле ребенка взрослого позволяет произвольно изменять качественные оценки окружающего, придавать положительный или отрицательный смысл отдельным явлениям, метить аффективным знаком нейтральные до того явления.

Показатели этого уровня делятся на две основные группы:

1) качество эмоционального контакта со знакомым взрослым (психологом, который занимается с ребенком) в условиях низкого и высокого стресса;

2) качество привязанности между ребенком и матерью. Оценивается способность матери поддерживать состояние безопасности ребенка.

В результате структурированного наблюдения и опроса матери определяется соотношение элементов избегания, сопротивления (амбивалентности, конфликта) и полноценного контакта ребенка со взрослым и с матерью в разных модальностях и поведении в целом.

Если первичные механизмы социализации развиты у ребенка (через эмоциональное заражение, подражание, эмпатию, стыд) недостаточно, то у него преобладают формы поведения, направленные на избегание или разрушение контакта со взрослым. Это избегание сохраняется, несмотря на устойчивые попытки взрослого стимулировать и поддержать эмоциональное общение с ребенком.

Преобладание защитных форм взаимодействия в диаде «мать—ребенок» свидетельствует об искаженном характере функционирования тревоги как у матери, так и у ребенка. Взаимодействия между ними удерживают тревогу на уровне дозированного стресса, т.е. не снимают ее, но и не допускают ее катастрофического роста.

Хронически повышенный уровень тревоги вызывает искажения в структуре контакта, отдельные, более безопасные, моменты которого изолируются, выпячиваются, в то время как любой хоть в какой-то мере небезопасный момент игнорируется или отвергается ребенком (тем самым предотвращая резкий скачок уровня тревоги). Например, ребенок допускает сон рядом с матерью и даже настаивает на тесном контакте с ней во время сна (спит на материнском животе до четырехлетнего возраста), но избегает близкого контакта с ней в период бодрствования.

Разрушение изначально целостной структуры контакта ведет к полной или частичной утрате его эмоционального смысла и неизбежному стереотипному, механическому

воспроизведению изолированных, «самоценных» сенсорных впечатлений (*Meltzer, 1975б*), т.е. происходит регресс к уровню аффективных стереотипов.

По мнению психоаналитиков, в основе нарушения биологически заданного эмоционального смысла коммуникации у маленьких детей с РДА могут лежать особенности работы их сенсорной системы (открытость, «оголенность» по отношению к сенсорным воздействиям, которые воспринимаются как чрезмерно интенсивные).

Однако эти особенности возникают в том случае, если мать не обеспечивает необходимого прикрытия, не смягчает своей заботой сенсорный поток, обрушивающийся на младенца в первые месяцы жизни (*Tustin, 1990*).

В более легких вариантах эмоциональных нарушений периодически возникающие стереотипы (кусание ногтей, легкие тики, подергивание телом) являются признаком нарастающего напряжения в контакте. Стереотипии позволяют ребенку отсрочить уход из неприятной для него ситуации общения или сдержать агрессию, направленную на другого.

Варианты нарушения координации различных видов контакта (тактильного, глазного, голосового)

В патологии возможны следующие механизмы нарушения координации контакта как в рамках одного канала общения, так и между различными каналами.

1. Невозможность координации из-за фиксации на слишком интенсивных ощущениях от одного вида контакта

Ссылки на этот механизм используются в современных психоаналитических моделях раннего детского аутизма. Гиперсензитивность объясняется как особая чувствительность к приятным ощущениям, «прилипание» к ним, невозможность переключения на восприятие информации из другой модальности, т.е. речь идет о гиперсензитивности со знаком «плюс», а не «минус» (*Wittenberg, 1975*).

«Прилипчивая идентификация» рассматривается как примитивный защитный механизм, который ребенок использует для предотвращения отделения, когда он не может выдержать даже самое минимальное пространство, от-

деляющее его от матери; когда он не способен думать об объекте, находящемся вовне (*там же*).

Этот механизм очень ранний. В раннем младенчестве ребенок, сосредоточенный на ощущениях от сосания материнской груди, закрывает глаза и не может поддерживать общения с матерью (*Rhode, 1997*), в то время как младенец постарше (например, в возрасте 3-х месяцев) способен, например, одновременно с сосанием играть с другой грудью матери.

В первые несколько месяцев жизни существует относительная автономия различных видов контакта. Сензитивные периоды их развития последовательно сменяют друг друга: сначала тактильный контакт, затем глазное общение (8—14 недель), затем голосовая коммуникация (4—5 месяцев) (*Trad, 1986, 1990*). Во время сензитивного периода информация от наиболее быстро развивающегося сенсорного канала общения является приоритетной, ее отсутствие не может быть компенсировано за счет активного взаимодействия с ребенком через другие каналы.

Наблюдения за слепыми младенцами в возрасте от 1,5 до 3,5 месяцев показывают, что они проявляют сильное беспокойство, не получая эволюционно ожидаемой зрительной информации прежде всего от матери (*Trad, 1990*).

В патологии чаще происходит фиксация и стремление к навязчивому повторению изолированных ощущений; сенсорные впечатления из других модальностей воспринимаются как источники помех. Только после периода привыкания ко взрослому возможно дозированное подключение других каналов. Голос взрослого часто оказывается тем стержнем, вокруг которого ребенок строит более цельный его образ.

Наши наблюдения показывают, что изолированный от другой эмоциональной экспрессии голос взрослого воспринимается эмоционально депривированным (в том числе аутичным) ребенком скорее как привлекательный («плюс»), в отличие от глазного и тактильного видов контакта, которые воспринимаются скорее как угрожающие. Такие дети предпочитают ритмические выразительные интонации (пение, стихи) в голосе взрослого, а также

ясные, короткие обращения твердым, уверенным голосом, иногда — шепот.

Из анализа данных раннего развития детей с аутическим синдромом известно, что даже при отсутствии лепета и гуления на первом году жизни у части этих детей отмечалась особая реакция при восприятии стихотворных текстов (только голоса, без попыток привлечения ребенка к какому-то другому контакту), музыки.

Задержка же появления собственной голосовой коммуникации (лепета) связана, вероятно, с трудностями накопления целостного (разномодального) положительного эмоционального опыта от общения со взрослым, одной из первых форм сохранения которого и является лепет (Винникотт, 2002).

По-видимому, из всех вариантов эмоциональной депривации у детей, страдающих РДА органического или смешанного генеза, наиболее значительно смещены сензитивные периоды формирования основных видов контакта. Обязательные формы тактильного и глазного контакта устанавливаются приблизительно к 3-м годам (с вариациями от 2 до 5 лет), однако они остаются недостаточными, часто стереотипизированными. Глазной контакт устанавливается первоначально с расстояния из укрытия. Впоследствии он остается неустойчивым, его ритм легко сбивается, используется прежде всего для передачи своего эмоционального состояния, для аффективного воздействия на другого человека, и — в значительно меньшей степени — для восприятия эмоционального состояния собеседника.

Приблизительно в том же возрасте высвобождается развитие собственной голосовой коммуникативной активности аутичного ребенка, он начинает активно лепетать. Первое время только лепет символизирует положительный заряд от общения со взрослым. Предметы же, с которыми не расстается ребенок (стопка карточек, которые постоянно рассыпаются и тем самым причиняют беспокойство ребенку; надувная игрушка, которая сдувается), отражают отрицательные стороны такого общения (ненадежность, неустойчивость).

Изолированная (без правильной ориентации и признаков готовности слушать) голосовая продукция аутичного ребенка часто интерпретируется взрослыми как ненаправленные эхолалии или звуковая аутостимуляция. Известно, однако, что повторение взрослым звуковых сочетаний, стереотипно повторяемых ребенком (т.е. придание им коммуникативного смысла), вызывает его оживление и доставляет ему удовольствие; он усиливает игру со звуками, перемежая ее паузами для ответа взрослого; это вызывает приближение ребенка к взрослому и значительно увеличивает вероятность возникновения глазного контакта между ними (собственные наблюдения).

Судя по автобиографическим воспоминаниям людей, страдавших в детстве синдромом раннего детского аутизма, эхолаличное повторение фраз, адресованных им взрослыми, было попыткой показать, что они тоже могут общаться, зная, что взрослые ждут от них ответа, но не понимая, что именно они должны сказать (*Williams, 1992*).

Развитие контакта аутичного ребенка или ребенка с тяжелой степенью эмоциональной депривации со взрослым относительно легко идет в двух направлениях: по пути координации голосового контакта со зрительным, что приводит к новой форме коммуникации (диалогу) и голосового контакта с тактильным в условиях непосредственной близости к взрослому.

Особую трудность представляет координация тактильного и зрительного контакта у детей с искаженным эмоциональным развитием (ранней детской шизофренией). В состоянии сильного страха связка тактильного и глазного контактов легко распадается, поскольку каждый из них — и особенно тактильный — воспринимается ребенком как угрожающий, т.е. они взаимно усиливают друг друга.

У детей с тяжелым эмоциональным недоразвитием (эмоционально депривированных и страдающих РДА органического генеза) тактильный контакт, хотя и со значительным запаздыванием, постепенно расширяет свои функции, не ограничиваясь более снятием тревоги; поэтому теперь он исключает цепляние или «прилипание». Стано-

вится возможным обучающее взаимодействие, при котором взрослый совершает действие рукой ребенка (рисует, лепит и т.д.).

Лишь на последнем этапе, со значительным запаздыванием по сравнению с возрастной нормой, у аутичных детей восстанавливается интеграция всех видов контакта. Ребенок начинает искать взглядом глаза взрослого в моменты голосового общения с ним, сидя у него на руках. Ребенок стремится сохранить эмоциональный опыт, полученный в ходе такого контакта, и начинает использовать символы (поначалу — внешние объекты) и действия с ними для его обозначения. Это новообразование является обязательным этапом в развитии способности ребенка думать о своем эмоциональном опыте (см. пятый уровень эмоциональной регуляции).

Так, мальчик 4-х лет в течение двух-трех занятий мог слушать чтение взрослого только в определенном положении (сидя неподвижно спиной к нему на некотором расстоянии), которое исключало восприятие любой другой информации от взрослого, кроме его голоса. Затем он стал слушать чтение взрослого, сидя рядом с ним, потом у него на коленях, с постепенным включением глазного общения.

2. Выпадение наиболее болезненного вида контакта

а) Как было сказано ранее, *голосовой контакт*, как правило, является наименее болезненным и восстанавливается быстрее, чем другие виды контакта даже у детей с тяжелой эмоциональной недостаточностью. Очевидно, это происходит из-за того, что возможности использования компромиссных форм голосового контакта выше, чем в других модальностях. Речь идет об отзеркаливании речевых обращений, имитации связи за счет эхалалий. Имитировать же глазной и тактильный контакт практически невозможно.

б) Тем не менее, наши наблюдения показывают, что и *глазной контакт* со взрослым не так сильно угнетен даже у аутичного ребенка — особенно в возрасте 3-х лет и старше, как это принято думать. Только в первый период знакомства со взрослым (иногда только в течение первой по-

ловины первого занятия) ребенок склонен избегать прямого взгляда в лицо взрослого, однако это избегание быстро уменьшается.

Устойчивое отвержение глазного контакта свидетельствует скорее о сильном депривационном факторе в развитии ребенка, чем о глубине аутизма (понимаемого как врожденный дефицит эмоциональной сферы, по Каннеру). Избегание глазного контакта наиболее специфично для детей, матери которых в первые месяцы жизни этих детей страдали глубокой депрессией (*Field, 1996*). Среди детей, которых мы наблюдаем, такой ранний опыт имели также дети с синдромом РДА и дети с ранней детской шизофренией.

У находящихся на стационарном лечении детей с РДА избегание глазного контакта может иногда временно усиливаться. Мы рассматриваем это как регрессивную реакцию на госпитализацию в болезненно протекающий период разрыва симбиотической привязанности.

Таким образом, избегание глазного контакта у ребенка может быть связано с депрессивными переживаниями, которые возникают как реакция на разлуку с близким взрослым или в результате заражения его страданием.

Периодическое избегание глазного контакта встречается и в более легких случаях, например, у детей с расстройствами развития личности. Как правило, у таких детей глазной контакт отсутствует в определенной ситуации: в начале общения, во время взаимодействия с определенными людьми. Аналогом избирательного отсутствия глазного контакта в речи является элективный мутизм.

в) Избегание *тактильного контакта* тоже чаще всего носит избирательный характер. У детей с тяжелой эмоциональной недостаточностью (эмоционально депривированных и с РДА) нередко фиксируется наиболее базальный вид тактильного контакта — это контакт по типу прилипания, когда ребенок не различает границ своего тела и буквально «приклеивается» к телу взрослого (*Meltzer, 1975b*). Оторванный от матери ребенок чувствует себя оголенным, ноет и аутостимулирует. Для смягчения гиперсензитивности ему требуются в буквальном смысле толстые защит-

ные покровы. Так, намного комфортнее ему в шубе взрослого (как в скафандре).

Тактильный контакт с другим взрослым (не матерью) часто отвергается таким ребенком, по крайней мере до тех пор, пока он не сформирует замещающей привязанности по отношению к этому взрослому. Непереносимость тактильного контакта со взрослым исчезает или значительно уменьшается в ходе психотерапевтических занятий или с возрастом приблизительно у половины детей с РДА, в то время как глазной контакт в определенной степени восстанавливается почти у всех детей.

Положительный опыт тактильного контакта лежит в основе формирования телесного Я ребенка, знания своих границ, восприятия себя как самостоятельного источника активности, доверия к человеческому контакту вообще.

Как показывает наша работа с отказными детьми (с тяжелой степенью эмоциональной депривации) и с детьми с РДА, непереносимость тактильного контакта со взрослым на начальном этапе психотерапии сочетается с поиском ребенком места для себя в маленьком защищенном пространстве (на качелях, в манеже, коляске) рядом с этим взрослым, откуда ребенок и взаимодействует с ним. Функция защиты передается твердому физическому укрытию, тело другого человека представляется опасным. В этих условиях исключения угрожающего опыта, связанного с непосредственным соприкосновением с телом другого человека, координация глазного и голосового контакта со взрослым быстро восстанавливается (*Bardyshevskaia*, 1998).

Координация тактильного и голосового контакта (способность слушать взрослого и адресовать ему свою вокализацию, находясь в непосредственной близости от него) восстанавливается на следующем этапе.

Наиболее дефицитарной и в то же время наиболее важной для высвобождения развития спонтанной коммуникации ребенка оказывается одновременная координация глазного контакта с уже подготовленной связкой тактильного и голосового контактов.

3. Неустойчивость координации различных видов контакта

а) Нарушение достигнутой координации в условиях возрастания требований к ребенку (*социальных барьеров*).

Это нарушение типично для детей с опытом эмоциональной депривации (в том числе отказных, воспитывающихся психически больными матерями и др.).

У такого ребенка в ходе регулярных занятий довольно быстро восстанавливаются отдельные (прежде всего аффективно-tonизирующие, насыщенные положительными эмоциями) формы эмоционально-непосредственного взаимодействия со взрослым и другим ребенком. В частности, значительно усложняется и одновременно проясняется эмоциональная экспрессия, причем меняется ее качество. У ребенка как будто прорезывается новый, «истинный» голос: вместо фальцетных интонаций, скуления и нытья появляется уверенный, громкий, иногда неожиданно низкий тон. Усиливаются мимика и жестикуляция, выражающие удовольствие от общения, особенно от совместных игр со взрослым и другим ребенком, основанных на эмоциональном заражении и подражании жестам, вокализации и движениям партнера. Кроме того, возникают выразительные протестные реакции на разлуку со взрослым, свидетельствующие о формировании одного из ключевых образований в поведении привязанности.

Однако восстановление способности к элементарным формам эмоционального взаимодействия со взрослым происходит со значительным запаздыванием (например, один мальчик только в возрасте 5 лет 9 месяцев начал радоваться игре в «ладушки» и «сороку-ворону»).

Способность к игровому контакту с другим человеком оказывается изолированной от развития более сложных социальных взаимодействий, предполагающих устойчивость ребенка к отрицательным оценкам другого человека и следование правилам.

Поведение ребенка после выхода из «чистого» аутистического состояния или же ребенка с отдельными аутичными чертами частично напоминает поведение отказных детей с недифференцированными привязанностями: они

с удовольствием взаимодействуют со взрослым до тех пор, пока это общение носит характер игры или ласки, но как только для продолжения взаимодействия со взрослым требуется усилие с их стороны, стремятся переключиться на игру с другим ребенком.

Однако, в отличие от эмоционально депривированных отказных детей, дети с РДА при выходе из доминирующего аутистического состояния наряду с переключением на игру с другим ребенком надолго сохраняют способность снова погружаться в аутистическое состояние, если взаимодействие со взрослым становится некомфортным.

На уровне поведения это выражается в разрушении связей между различными видами контакта, резком обеднении эмоциональной экспрессии ребенка, возвращении к навязчивому воспроизведению одних и тех же «сырых» ощущений. Для характеристики поведения аутичного ребенка в ситуации социального барьера, на наш взгляд, наиболее подходит термин «атака на смысл коммуникации» (*Meltzer, 1975a*): целостное обращение взрослого расчленяется на бессвязные сенсорные потоки.

Эта тенденция к разрушению, разделению на бессвязные фрагменты воспринимаемого сообщения взрослого отчетливо прослеживается в следующем примере. Аутичный мальчик 6 лет, речевое развитие которого находится на стадии множественных эхололий, в ситуации эмоционального комфорта довольно четко воспроизводит звуковую и слоговую структуру высказывания взрослого, подражает его мимике; если же эмоциональное напряжение хоть немного возрастает, эхололии резко обедняются, сворачиваются до невнятных звуков, напоминающих мяуканье, глазной контакт исчезает (собственные наблюдения).

б) Недостаточность координации различных видов контакта, помимо высокой чувствительности к дискомфорту в общении, может проявляться в *жесткой привязке (фиксации)* «правильно интегрированного» взаимодействия с определенным взрослым к определенному пространству. Таким образом, недостаточность четвертого уровня частично компенсируется дополнительной нагрузкой на второй уровень — уровень аффективных стереотипов.

Например, мальчик 4-х лет с РДА мог играть в простую игру с доктором (доктор ловила его, когда он прыгивал ей в объятия), используя только одну определенную банкетку (собственные наблюдения).

Большинство детей с РДА, с которыми проводятся регулярные занятия в стационаре, первое время используют наиболее сложные в их репертуаре паттерны коммуникации только в безопасных условиях игровой комнаты.

в) Разрушение правильной координации различных видов контакта на *истощении* (динамическое нарушение) рассматривается нами прежде всего как следствие ранней эмоциональной депривации.

Непереносимость продолжительного контакта со взрослым отмечается у отказных младенцев с перинатальной энцефалопатией в первые несколько месяцев жизни (*Бардышевская*, 1997). Наблюдения за дальнейшим развитием таких детей показывают, что истощаемость в контакте, будучи скомпенсированной на определенном возрастном этапе, может усиливаться в следующий критический для эмоционального развития период, например, в возрасте одного года, трех лет и позже.

В случае, если ребенок воспитывается дома, и мать проявляет сильную амбивалентность или устойчивое избегание по отношению к нему, то при взаимодействии с ней ребенок избегает глазного и тактильного контакта постоянно, без предварительного истощения, в то время как при общении с другими взрослыми такие нарушения отмечаются преимущественно на истощении.

В этом случае отмечаются резкие колебания в способности ребенка поддерживать полноценный эмоциональный контакт со взрослым в течение продолжительного времени. Ребенок периодически на несколько минут уходит от контакта со взрослым (перемещается в максимально удаленную от взрослого часть комнаты, не сткликается на обращение к нему, погружается в собственную одиночную игру с аффективно насыщенным речевым комментарием).

Выявляются нарушения *ритма* контакта; ребенок не может делать регулярные кратковременные передышки в об-

щении, снижая его интенсивность, как это происходит в норме.

У детей с опытом ранней эмоциональной депривации истощение предельно ослабляет прежде всего способность регулировать свое поведение, ориентируясь на сигналы взрослого, и сотрудничать с ним.

г) Избирательное нарушение *диалогических способов контакта*, развитие которых требует *символического представления* и переработки эмоционального опыта, при сохранности правильной координации инструментальных (сигнальных) видов контакта.

У детей с различными видами эмоциональной недостаточности инструментальные виды контакта, которые служат для воздействия на другого человека с тем, чтобы получить желаемое, как правило, относительно сохранны, поскольку они сильнее связаны с аффектом (напряжением потребности).

К таким контактам относятся прямой пристальный взгляд в глаза с некоторого расстояния; использование руки взрослого для достижения желаемого предмета или состояния; голосовой контакт с требованием отойти, дать, открыть и др.; провокативная аутоагрессия как протестная форма поведения с отслеживанием реакции на нее взрослого.

Довольно легко устанавливаются некоторые ритуалы общения (приветствие, прощание). Однако элементы диалога в этих ритуалах стереотипизированы и сведены к минимуму, а сами ритуалы не ведут к развитию более сложных видов контакта. Так, за развернутой реакцией приветствия, с полноценным выражением удовольствия от встречи со взрослым следует не развитие взаимодействия, а одиночная игра.

Другим вариантом нарушения координации глазного контакта с исследовательским поведением может быть настолько сильное поглощение глазным контактом со взрослым, что ребенок затрудняется скоординировать взгляд ему в глаза со взглядом на предмет: он смотрит в глаза взрослому ради самого общения, а не для того, чтобы что-то от него получить (описание такого паттерна у детей с болезнью Дауна см.: *Walden, Knieps, 1996*).

Наиболее глубокая и устойчивая недостаточность отмечается во всех диалогических видах контакта, которые требуют от ребенка не только постоянного отслеживания эмоциональных сигналов другого человека, их понимания и мгновенной реакции на них, но и дальнейшего развития взаимодействия на основе накопления и символического представления положительного эмоционального опыта, полученного в общении со взрослым.

В тяжелых случаях у ребенка может быть блокирована способность сохранять, символически представлять и перерабатывать хороший опыт. Тогда даже овладение ребенком некоторыми простыми формами контакта не позволяет ему строить более сложные.

При слабости символического уровня овладения своим эмоциональным опытом, казалось бы, уже освоенные способы взаимодействия постепенно выхолащиваются, не заменяются более сложными паттернами, их использование носит случайный характер. Так, вместо ритмического глазного контакта, сопровождающего показ различных частей тела, ребенок может быстро, механически, указывать в их направлении, едва обозначая «носик», «глазки», «ушки» и чуть слышно бормоча их названия без всякого глазного контакта.

Таким образом, аффективная коммуникация неизбежно оказывается неполноценной, если возможности ее осмысления, т.е. обобщения и понимания, ограничены.

При хорошем интеллекте у детей с ранней детской шизофренией возможна хорошая компенсация недостаточной способности к непосредственному считыванию эмоций за счет когнитивного анализа и синтеза всей доступной информации¹. У детей с синдромом РДА органического генеза с ограниченными интеллектуальными возможностями некоторые формы базального эмоционального контакта могут быть «запущены» в результате сильного эмоционального тонизирования, а также в ситуации безопасного общения с эмоционально сохранными детьми.

¹ См. дипломную работу Т.А.Медведовской (1999), выполненную под руководством М.К.Бардышевской.

ВАРИАНТЫ НАРУШЕНИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ МЕЖДУ МАТЕРЬЮ И РЕБЕНКОМ

Следующим важнейшим показателем развития аффективной коммуникации является *качество привязанности между матерью и ребенком*.

Под качеством привязанности понимается уровень безопасности взаимодействия между ними в ситуациях с высоким уровнем стресса (разлука, встреча с матерью — эти ситуации особенно показательны в условиях госпитализации ребенка) и с низким уровнем стресса (игра в домашних условиях).

Если есть возможность, обязательно анализируются видеозаписи ранних взаимодействий между матерью и младенцем. Это важно, поскольку депривационные воздействия обнаруживаются на этом материале очень легко, в то время как более поздние материнские воспоминания в значительной степени скрывают истинное положение дел в раннем периоде развития ребенка. Известно, что сама неспособность матери дать подробные сведения о раннем развитии ребенка является показателем небезопасной привязанности (*Waters et al.*, 1995).

В случае выраженной ранней эмоциональной депривации (фактор которой является значимым, будь он основным или дополнительным при эмоциональных нарушениях любой природы) удастся зафиксировать период, когда ребенок отказывается от безуспешно предпринимавшихся им ранее попыток найти комфорт и ослабление тревоги в контакте с матерью и находит средства самоуспокоения (аутостимуляции).

При оценке качества привязанности определяется критическая масса (количество и интенсивность) патологических симптомов, к которым относятся различные проявления избегания близкого контакта и амбивалентности в диаде «мать—ребенок».

В этологических работах убедительно показана связь определенного типа материнского поведения с развитием избегающей и амбивалентной привязанности в диаде.

Одним из ключевых показателей депривирующего влияния, которое оказывает на ребенка с эмоциональными

нарушениями его мать, является значительное превышение количества патологических симптомов в контакте ребенка с матерью по сравнению с гораздо более уравновешенным характером его общения с другими взрослыми.

Во многом такая диспропорция объясняется искаженными способами взаимодействия, которые навязываются ребенку матерью и поддерживаются ею (*Reid, 1999; Waters et al., 1995*). Проекция тревог матери на младенца, в том числе ее склонность интерпретировать состояние младенца в соответствии со своими собственными потребностями и настроением, стимулирует использование ребенком наиболее мощных и в то же время почти полностью блокирующих развитие защитных механизмов (аутизация).

1. Безопасная привязанность

Главная ее черта — способность ребенка регулировать свои негативные состояния (тревогу, страх, гнев) через контакт с матерью. Исследовательская активность ребенка протекает свободно, чувство неуверенности быстро снимается в контакте с матерью.

Поведение матери, стимулирующей проявления безопасной привязанности у своего ребенка, характеризуется богатым репертуаром эмоционального поведения, с частым обменом эмоциональными посланиями с ребенком; быстрым реагированием на дискомфорт ребенка и использованием эффективных стратегий успокаивания; отслеживанием свободного исследовательского поведения ребенка без вмешательства в его активность; знанием и спокойным обсуждением как негативных, так и положительных сторон поведения ребенка (*Pederson, Moran, 1995*).

2. Избегающая привязанность

Избегающая привязанность (внешнее выражение эмоций в общении с матерью отсутствует) характеризуется вынужденным использованием ребенком избегания и подавления сильных выражений эмоций (особенно негативных) для сохранения близости с матерью, которая отвергает слишком близкий и интенсивный контакт с ним. Такая мать чувствует дискомфорт при близком контакте (лицом к лицу) (*Ainsworth et al., 1978*), поэтому младенец быстро учится успокаивать себя сам (*Waters et al., 1995*).

Ниже перечислены наиболее часто встречающиеся симптомы избегания матерью близкого контакта с ребенком (для диагностики избегания у матери достаточно нескольких из этих симптомов):

- проявляет невнимание к сигналам дистресса у младенца, либо реагирует только на очень сильный плач, крик, не реагируя на более тонкие негативные выражения; при этом мать может знать о том, что ребенку плохо, но плачущий ребенок не вызывает у нее эмоционального резонанса;

- отсутствует эмоциональное отношение к ребенку во время взаимодействия с ним;

- использует стереотипные формы выражения своего отношения к ребенку (повторяет один и тот же стишок монотонным голосом);

- обращает внимание, главным образом, на внешний вид (гигиену) ребенка, не интересуясь его внутренним состоянием;

- уходит, не предупреждая ребенка;

- обращается с младенцем как с неодушевленным объектом (когда носит его по комнате или усаживает);

- испытывает сильное напряжение при необходимости общаться с младенцем «лицом-к-лицу»;

- переключает ребенка с непосредственного взаимодействия на опосредованное (обучает) либо оставляет его одного (в том числе перед телевизором);

- пытается обучать ребенка тому, что превышает его возрастные возможности;

- не прерывает активность ребенка, которая чревата для него опасностью;

- чувствует, что материнские обязанности чрезмерно тяжелы для нее.

Защитное избегание ребенок начинает использовать очень рано, в первые месяцы жизни. Подробно оно описано на примере избегания глазного контакта у детей, матери которых после родов страдали депрессией (Field).

Ребенок с избегающей привязанностью не реагирует на уход и возвращение матери. Его исследовательская активность протекает автономно, он открывает валентности

предметов самостоятельно, игнорируя эмоциональные оценки матери.

3. Амбивалентная привязанность

Ребенок, амбивалентно привязанный к матери, тяжело переживает разлуку с ней, с нетерпением ждет ее возвращения, однако быстро разрушает реальный контакт, реагируя агрессией или истериками на ее едва уловимые погрешности во взаимодействии (небольшая задержка ответа, кратковременное переключение внимания с ребенка и др.).

Амбивалентная привязанность характеризуется бурными всплесками эмоций (гнев, отчаяние, депрессия), как будто соответствующих острой реакции ребенка на разлуку (Bowlby, 1979), но проявляющихся вне контекста, т.е. в ситуациях с низким стрессом, когда разлука ребенку не угрожает.

Симбиотическую привязанность можно рассматривать как частный случай амбивалентной привязанности.

Как показывают наши наблюдения, избегание младенцем глазного и голосового контакта может сочетаться с эксплуатацией им особо тесного тактильного контакта по типу прилипания, который является наиболее рудиментарным способом защиты от тревоги (ребенок требует, чтобы его постоянно носили на руках, не пытаясь вступить в общение со взрослым; отсутствуют лепет, гуление, улыбка, интерес к лицу взрослого).

В дальнейшем склонность к тесному физическому контакту может приобрести сексуальную окраску, особенно если мать поощряет развитие контакта в этом направлении. Тогда эмоциональная близость приравнивается ребенком к физической близости (ночью), а отвержение ребенком матери выражается в интенсивном противодействии (тоже физическом), жестокой агрессии (днем).

Легкие проявления амбивалентности отмечаются и в норме, особенно в период, когда мать стимулирует самостоятельную активность ребенка, отвергая его претензии на слишком интенсивный и длительный телесный контакт с ней. Чаще всего это наблюдается сразу после рождения младшего ребенка в семье (Харлоу Г., Харлоу М., Суоми, 1975).

Однако в патологии колебания в отношении к ребенку являются очень сильными и устойчивыми.

Для поведения матери, стимулирующей проявления амбивалентности у ребенка, характерны следующие симптомы (*Waters et al.*, 1995):

- избирательно отвечает на сигналы дистресса у ребенка, но игнорирует проявления им положительного аффекта;
- старается никогда не расставаться с ребенком;
- воспринимает непослушание ребенка прежде всего как попытку досадить лично ей;
- проявляет враждебность по отношению к ребенку, часто беспричинно (для наблюдателя) разрушая гармоничное взаимодействие;
- взаимодействуя с ребенком, проявляет очень сильный аффект, часто негативный.

4. Генетическая связь между избегающей и амбивалентной привязанностью

При избегающей привязанности основная ее функция — обеспечения безопасности ребенку — значительно угнетена. При амбивалентной привязанности эта функция неравномерно усилена и искажена. (Ребенок подает сигналы неблагополучия при отсутствии реальной угрозы, либо намеренно создает угрожающие жизни ситуации для провоцирования материнской заботы). Напротив, в ситуации реальной угрозы амбивалентно-привязанный ребенок часто никак не стимулирует родительское поведение.

Избегающая привязанность соответствует конечной стадии отделения от матери, по Боулби¹, и фазе хронической тревоги (фазе истощения) в модели реакции на стресс Селье; в то время как амбивалентная привязанность соответствует стадии протеста, по Боулби, и мобилизационной фазе, по Селье².

¹ Д. Боулби (*Bowlby*, 1979) выделяет три фазы в реакции ребенка второго года жизни на отделение от матери: стадию протеста, на которой ребенок ищет мать и реагирует агрессией на ее возвращение, тем самым наказывая ее; стадию отчаяния, на которой преобладают депрессивные реакции; стадию отделения, на которой восстановление привязанности между ребенком и матерью уже невозможно.

² Г. Селье (1982) выделяет три фазы общего адаптационного синдрома: на первой фазе — тревоги — организм меняет свои характеристики: сначала уровень сопротивления уменьшается,

Поскольку возрастная динамика развития небезопасной привязанности при раннем детском аутизме и эмоциональной депривации такова, что элементы избегания постепенно ослабевают, в то время как агрессия и негативизм усиливаются, то разделение этих двух типов небезопасной привязанности в известной степени условно.

Кажущиеся различными механизмы сохранения близости с матерью (подавление негативных сигналов при избегающей привязанности и провокации и требования при амбивалентной) на самом деле отражают уровень активности ребенка.

Механизмы защитного избегания доминируют в раннем детстве, когда ребенок ограничен в средствах реагирования на негативную стимуляцию со стороны взрослого (например, до 7-ми месяцев ребенок «игнорирует» выражение гнева на лице взрослого (*Изард*, 1999)).

Усиливающиеся в ходе естественного развития или же специально стимулированные механизмы уровня аффективной экспансии включаются позже, на втором году жизни, и не только повышают устойчивость ребенка к негативным эмоциональным сигналам матери, но и делают привлекательной для ребенка ее интенсивную аффективную реакцию на его провокации.

Среди наблюдаемых нами детей с синдромом РДА избегающая привязанность встречается чаще, чем амбивалентная. У отказных детей с эмоциональной депривацией избегающая привязанность может трансформироваться в амбивалентную.

Помимо нарушений привязанности и нарушений эмоционального контакта в индивидуальном общении со взрослым, к патологии этого уровня относится дефицит коммуникации с другими детьми. Наши наблюдения за развитием социального поведения аутичных детей в группе стационарного пребывания психиатрической больницы показывают, что оно может быть нарушено неравномерно.

после чего начинает увеличиваться; на второй фазе реакции тревоги практически исчезают, а сопротивление организма достигает наивысших возможных значений; на третьей фазе истощаются запасы адаптационной энергии, тревога вновь появляется, но вызываемые ею изменения в организме уже необратимы.

У детей с искаженным развитием чаще отмечается более глубокий уровень нарушения коммуникации в группе детей, чем при индивидуальном общении со взрослым или с другим ребенком (к которому обследуемый избирательно привязан). Если основные механизмы привязанности к матери у аутичных детей появляются к 6—8-ми годам, то основные механизмы приспособления к группе сверстников остаются недостаточными на протяжении всего детства. Однако некоторые формы социального поведения в группе, основанные на элементарном подражании, возникают и закрепляются довольно легко. Речь идет об играх по типу догонялок, демонстрации физического превосходства, навыках совместного принятия пищи и пр.

Эмоционально депривированные дети быстро привязываются к новой группе. У некоторых из них отмечается диспропорция между более сохранными паттернами общения с другими детьми и резко искаженными паттернами коммуникации в рамках индивидуального общения со взрослым (за счет негативизма, протестных реакций).

Пятый уровень — уровень символических регуляций

Основная функция этого уровня эмоциональной регуляции — овладение собственными переживаниями. Это достигается включением в аффективный процесс интеллектуальных операций, благодаря которым происходит дифференциация, обобщение и трансформация аффективных явлений.

Один из примеров такой трансформации приводит А.Р.Лурия в исследовании аффекта по ассоциативно-двигательной методике. Он показал, что аффективно заряженные слова вызывают определенные моторные реакции (усиление нажима на ленте кимографа). Однако в тех случаях, когда испытуемый включал аффективно насыщенные слова в новые, нейтральные, смысловые связи, такого соответствия не наблюдалось¹.

¹ В эксперименте А.Р.Лурия, Ю.В.Каннабиха, С.М.Эйзенштейна было показано преимущество использования аффективных символов (образов) в овладении поведением перед речевым выражением содержания конфликта (Лурия, 2002).

Осмысление (понимание) ребенком собственного эмоционального опыта, дифференцирование и обобщение его осуществляется в поведенческих паттернах (игровых действиях с предметами и без них), образах (в рисунке и фантазии), пиктограммах, а также словах, в которых ребенок изображает аффективные состояния — как свои, так и других людей.

Для первичного обобщения и дифференцирования эмоций важно, чтобы эмоциональный опыт ребенка (т.е. накопленные им эмоционально окрашенные впечатления) сохранялся в форме, делающей его доступным для осмысления (*Bion*, по: *Dubinsky*, 1997), т.е. для символизации и дальнейшего анализа и трансформации.

Обобщение и понимание эмоций значительно снижает нагрузки на базальные уровни эмоциональной регуляции. Понимание эмоционального опыта включает понимание природы своих желаний и препятствий на пути к их удовлетворению. Манипулируя образами аффективно насыщенной ситуации, ребенок проигрывает различные стратегии преодоления препятствий или поиска замещающего объекта в воображении, предвосхищает и регулирует эмоции, которые могут быть вызваны удовлетворением или фрустрацией определенного желания.

Понимание эмоционального опыта предполагает, что аффективно насыщенная ситуация становится многозначной, так как путем добавления, стирания, перестановки и замены отдельных элементов ее первоначальный смысл легко меняется. Возникает ограничение действия закона силы, т.е. несоответствие внешних эмоциональных проявлений интенсивности аффективного воздействия и характеру субъективных переживаний.

Интеллект создает психотехнические средства для предотвращения чрезмерных выбросов энергии в эмоционально напряженных ситуациях (долговременная разлука или конфликты с близкими, ситуация соревнования, экзамена), исход которых никогда полностью не известен заранее. Дети начинают выстраивать собственное поведение таким образом, чтобы избежать прямого столкновения с наиболее травмирующими барьерами без «страховки».

Следовательно, повышается устойчивость ребенка к препятствиям различных видов и вызванным ими болезненными переживаниями (болезненными следует считать страх, тревогу, ревность, зависть, печаль, горе) (*Фрейд З.*, 1999а, б; *Фрейд А.*, 1997; *Изард*, 1999); снижается интенсивность непосредственного аффективного переживания (т.е. уменьшаются телесные проявления аффекта) и импульсивность поведения (в частности, агрессивного).

Так, появляющаяся вместе с развитием символического мышления способность ребенка предвосхищать возвращение матери и воспроизводить в игре «хорошие» эпизоды общения с ней значительно уменьшает проявления тревоги при кратковременной разлуке.

Кроме того, обобщение эмоционального опыта позволяет более эффективно обмениваться им с другим человеком, чем непосредственная эмоциональная экспрессия.

Достижение большей свободы по отношению к собственной аффективной жизни происходит и потому, что воображение позволяет ребенку создавать новые переживания, произвольно комбинируя образы, трансформируя аффективно насыщенные в нейтральные и наоборот.

Привлечение символического мышления для овладения внутренними трудностями не всегда оправдано. В норме ребенок склонен забывать/«заживлять» травматический опыт (*Фрейд А.*, 1999), т.е. он может справиться с определенными аффективными нагрузками на более низких уровнях эмоциональной регуляции, чем уровень базальной символической регуляции. При патологии в более базальных уровнях, например, при недостаточности уровня аффективных стереотипов (т.е. при аффективной ригидности) не происходит десенсибилизации негативных переживаний, напротив, выражающие их символические образы множатся (*Симсон*, 1948).

Условия перехода к символизации эмоционального опыта

Переход от досимволического уровня обобщения эмоционального опыта к символическому зависит от того, на-

сколько он подготовлен всем предшествующим опытом ребенка.

Ребенок находится на досимволическом уровне организации эмоционального опыта, если стимул, претендующий на роль символа, не выполняет своей роли опосредования: ребенок «прилипает» к нему, игнорируя его замещающий характер.

Примером досимволического обобщения на уровне поведения в норме может служить наблюдение, которое приводит Тастин (*Tustin*, 1972): когда мать выходит из комнаты, годовалая девочка сосет большой мяч, обняв его, и издает те же звуки «м-м-м», которыми она сопровождала сосание груди или бутылочки, или собственного кулачка уже в возрасте 8-ми недель. Все это позволяет ей ожидать мать без плача. Когда же мать появляется, девочка прекращает сосание.

Подобным инфантильным образом реагируют на разлуку с матерью вследствие госпитализации и дети с РДА в возрасте 3-х—6-ти лет.

Таким образом, одним из механизмов регуляции на досимволическом уровне является аутостимуляция, с помощью которой ребенок воспроизводит недостающее ощущение и облегчает тревогу.

Другим примером досимволического мышления может быть паническая реакция при восприятии рисованного или игрушечного образа, который ребенок под влиянием сильного аффекта принимает за настоящий. Дети с психотическими расстройствами пугаются «больших, страшных глаз» у игрушек и выкалывают или заклеивают их.

На символическом уровне ребенок признает замещающий характер используемых им образов. Примером символического обобщения эмоционального опыта может быть использование ребенком мягкой игрушки в ситуации более долговременной разлуки с матерью, причем не столько для вызова отдельных комфортных ощущений тепла и безопасности, сколько для выражения своей привязанности к ней и тоски (ребенок обнимает игрушку, гладит ее, не хочет с ней расставаться, называет ее мамой).

Способность к символическому представлению эмоционального опыта предполагает наличие ряда условий.

1. Конституциональная (хотя бы минимальная) устойчивость к фрустрации. Если любая эмоциональная нагрузка воспринимается ребенком как катастрофа, то это может быть связано с врожденным нарушением механизмов накопления хорошего эмоционального опыта, отсутствие или чрезвычайная хрупкость которого делает ребенка беспомощным в ситуациях, требующих от него активности. В свою очередь, сама непереносимость фрустрации приводит к невозможности переработки, усвоения и обобщения опыта, связанного с успешным преодолением препятствий.

2. Сформированность досимволических способов дифференциации опыта по качествам: «приятное—неприятное» и «живое—неживое». Из всех возможных пар категоризации опыта эти две, на наш взгляд, являются наиболее базальными.

Дифференциация «приятное—неприятное» основана на сохранности протопатической чувствительности, а также на способности верно интерпретировать внутренние сигналы. Последняя способность во многом определяется ранним опытом взаимодействия с матерью, сумевшей в первые недели или месяцы жизни ребенка максимально идентифицироваться с ним, воспринимать его сигналы и реагировать на них как на свои («достаточно хорошая мать» по: Винникотт, 2002a). По-видимому, на ранних этапах развития дифференциация «приятное—неприятное» лежит в основе дальнейшего разделения опыта на «опасный—безопасный», «хороший—плохой», «красивый—некрасивый» и т.д.)¹.

¹ Протопатическая чувствительность — наиболее древняя немодальная форма чувствительности; характеризуется как диффузная с выраженным аффективным компонентом (приятно—неприятно). При нарушении этого вида чувствительности наблюдаются неприятные диффузные ощущения, которые сочетаются с немотивированным изменением настроения, депрессивными состояниями, тревогой и страхами. Эпикритическая чувствительность, в отличие от протопатической, является модально-специфической.

На первичность дифференциации опыта по степени его «приятности» указывает характер автономных слов детей, которые, будучи сильно аффективно насыщенными, передают прежде всего приятный эмоциональный опыт (Левина, 1935). Этот аффективный признак является собирательным для других признаков, которые впоследствии дифференцируются.

Дифференциация «живое—неживое» необходима для понимания намеренности, целенаправленности поведения другого человека, его обусловленности желаниями и иными внутренними состояниями, которые не даны ребенку непосредственно и для понимания требуют символизации.

В 2 года ребенок понимает связь между поведением людей и их желаниями, а также эмоциями (в зависимости от того, реализовано ли желание или нет), однако сами желания могут не учитывать реальности («Мама, достань Луну!»).

К 3-м годам ребенок четко понимает, что фантазии, представления о желаемом, с одной стороны, и реальное поведение, направленное на осуществление намерения — с другой, различны, и фантазии не могут заменить реальность.

3. Сохранность некоторых врожденных схем интеграции эмоционального опыта и понимания связи между эмоциями, желаниями и поведением — как своими, так и других людей. Имеются в виду прежде всего связи между эмоциями, желаниями, с одной стороны, и их словесными обобщениями — с другой. К этим схемам можно отнести речевые и игровые символы.

При этом само стремление ребенка найти символическое соответствие своему внутреннему состоянию, быстрое развитие понимания символов зависит не только от социальных факторов, но и от степени зрелости определенных мозговых структур. О сохраняющейся готовности этих структур даже в условиях депривации свидетельствует случай стремительного развития понимания символов у слепоглухонемой девочки Хелен Келлер, начавшей заниматься со своей учительницей только в возрасте 6 лет 8 мес. До этого девочка не понимала никаких символических или

словесных сообщений, для коммуникации пользовалась двумя движениями, обозначавшими ее потребности в еде и питье (*Лоренц, 1997*). По-видимому, можно говорить о существовании символической активности базального или элементарного типа.

Одна из врожденных схем интеграции эмоционального опыта включает:

а) Использование переходного и замещающего объектов.

В норме в возрасте от 4-х до 12-ти месяцев может формироваться привязанность к какому-то мягкому предмету, чаще куску одеяла, который ребенок сосет во время засыпания и без которого не может обойтись в этот момент (*Винникотт, 2002б*). Этот объект занимает промежуточное положение между частью тела младенца (заменяя палец, который сосал младенец прежде) и плюшевым мишкой, которого малыш воспринимает как отдельно существующий объект. Переходный объект выступает одновременно как часть самого младенца и как нечто, что ему не принадлежит. Ребенок получает возможность воспроизводить отсутствующую материнскую грудь, когда хочет, создавая особую — промежуточную между внешней и внутренней — реальность (*Лапланш, Понталис, 1995*). Помимо переходных объектов существуют переходные феномены. Лепет — это переходное явление, поскольку он одновременно отражает внутреннее состояние ребенка, не обозначая чего-либо вовне, и является средством коммуникации.

Замещающий объект — это уже полностью отделенный от ребенка символ матери или другого близкого человека.

б) Использование символов для выражения своего опыта.

В норме ребенок начинает использовать понятные другим людям символы для выражения своего опыта уже на втором году жизни. Первый словарь ребенка в норме включает слова «дай», «на», «хочу», «бо-бо», «пить», «упал», «ба-бах», «вон там», которые отражают намерения и состояния ребенка, а также местоположение предмета-символа, о сохранности которого ребенок заботится.

К этому возрасту ребенок владеет специальными словами для обозначения внутренних состояний — как своих, так и других людей, причем не только аффективных, ос-

нованных на своих желаниях, но и более нейтральных, передающих представления и ожидания других людей (*Baron-Cohen et al.*, 1996).

в) Использование игровых символов для овладения эмоциональными переживаниями.

Игры-фантазии, в которых ребенка преследуют страшные образы, в норме отмечаются у детей в дошкольном возрасте. Количество таких игр снижается в 7—8 лет в связи с уменьшением роли дологического мышления (*Пиаже*, по: *Миллер*, 1999). Предполагается, что в этих играх ребенок, хорошо осознавая их условный характер, может испытывать свои эмоции.

Другая функция таких игр с устрашающими символами — это проигрывание травматического опыта с целью десенсибилизации. Стереотипное воспроизведение травмирующего события является одним из основных признаков посттравматического стрессового синдрома у детей (см. *DSM-IV*).

С.Миллер (1999) описывает игру четырехлетнего ребенка, испугавшегося дыма, возникшего из-за того, что мать забыла кастрюлю на плите. Этот мальчик многократно проигрывал ситуацию спасения от воображаемого пожара.

Т.П.Симсон (1928) приводит пример мальчика 5-ти лет, пережившего землетрясение в Крыму в 1927 г., который по приезду в Москву все время играл в Крым и землетрясение, видимо, изживая травму (был сильно испуган, непрерывно дрожал в течение двух часов после первого толчка).

Развитая способность к фантазированию в норме позволяет ребенку стимулировать себя, т.е. выполняет тонизирующую функцию.

Нарушения символизации эмоционального опыта

У детей с эмоциональными расстройствами наблюдаются следующие варианты нарушения символических обобщений эмоционального опыта.

1. Фиксация на досимволической стадии обобщения эмоционального опыта с интенсивной аутостимуляцией.

В случае тяжелой эмоциональной патологии дети в возрасте 3-х—5-ти лет «прилипают» к определенным ощущение-

ниям, пытаясь воспроизвести приятный опыт сосания, лизания, прикосновений к лицу и т.д. в объективно безопасной ситуации. Динамика этой аутостимуляции не зависит от присутствия матери, и в целом не выполняет той адаптивной функции, которую мы видим у годовалых младенцев в норме (собственные наблюдения).

Длительная фиксация на досимволической стадии в возрасте до 5-ти лет (у детей с РДА органического генеза) происходит, вероятно, из-за крайней бедности самого опыта, непереносимости фрустрации (хотя бы небольшая толерантность к которой необходима для построения символа, замещающего желаемый, но недоступный объект).

2. Дефицит первичной дифференциации опыта по признакам «приятное—неприятное» и «живое—неживое».

У детей с эмоциональной недостаточностью отмечается задержка в развитии дифференцированного восприятия аффективно-насыщенных признаков. Организация опыта в зависимости от качества восприятия (преимущественно, контактного, тактильного) остается доминирующей на протяжении ряда лет, задерживая усвоение более общих категорий.

Если ребенок с РДА достиг стадии, на которой он может выделять «приятное», «хорошее» в более сложной области, касающейся отношений между людьми (например, при восприятии картинки, на которой изображены обнимающиеся мама и сын), то он делает это, как правило, в стереотипной форме (мальчик 7-ми лет говорит: «тепло», хлопает в ладоши, улыбается).

Для детей с психотическими расстройствами характерно отсутствие ясной дифференцировки между определяющими категориями опыта (между хорошим и плохим, внутренним и внешним, собой и объектом) (Кляйн, 1997).

Это приводит к смешанным, иногда причудливым идентификациям себя и близких людей с неживыми предметами. Мы наблюдали девочку с ранней детской шизофренией, которая в 3,5 года укачивала банан, обращаясь с ним, как с младшим братом (пеленала, кормила своего «бананенка»), а потом все-таки съедала его. В этой игре стремление девочки справиться с сильной ревностью к

младшему брату путем идентификации с матерью (в реальности девочка пыталась его убить) оказалось слабее ее агрессивных импульсов (выбранный в качестве символа брата банан изначально легко провоцировал оральную агрессию).

Такое вычурное наделение неживых предметов признаками живого отличается от наблюдаемого у нормальных детей одухотворения некоторых неживых движущихся предметов: солнца, воды, например (анимизм — норма для ребенка 2—3-х лет, по Пиаже).

Описаны случаи идентификации ребенка с техническими приборами (когда эмоциональное и физическое состояние ребенка полностью зависит от состояния этого прибора) (*Briggs, 1997*).

Использование таких вычурных средств для выражения своего эмоционального опыта ставит в тупик людей, пытающихся вступить с ребенком в контакт, и препятствует его социализации.

Слабость выделения живого в отдельную категорию значительно затрудняет формирование таких понятий, как «думать», «чувствовать» и др. Подобный дефицит наблюдается у детей с РДА (*Baron-Cohen, Tager-Flusberg, Cohen, 1996*).

У этих детей отсутствуют так называемые «семантические примитивы», т.е. описанные лингвистами ключевые понятия и фиксированные смыслы, встречающиеся во всех языках и выступающие основой коммуникации. К таким семантическим инвариантам относятся следующие: я, некто, нечто; думать, хотеть, чувствовать, сказать; этот (демонстратив, соответствующий указательному жесту, часто отсутствующему или появляющемуся со значительным запаздыванием у детей с РДА) (*Вежбицкая, 1999*). Основными координатами при коммуникации являются: я (говорящий человек как ядро всей системы языка); здесь (местоположение говорящего); сейчас (время) (*Степанов, 1975*). Интересно, что представление о времени страдает у аутичных детей значительно сильнее, чем представление о пространстве, к которому у них «прикрепляются» определенные действия.

3. Искажение дифференциации опыта со значительным сдвигом в сторону неприятного.

Мы выделяем следующие механизмы нарушения этой дифференциации:

а) Перенасыщенность опыта отрицательными эмоциями, что делает неустойчивым и быстро разрушает любой положительный опыт в связи с сильной тревогой и страхами.

Такое искажение эмоционального опыта может быть вызвано травмирующими воздействиями шоковой интенсивности: длительным ранним опытом соматических страданий, изоляцией в случае продолжительных госпитализаций, хронической аномальной стимуляцией со стороны психически больной матери.

Если воздействие этих условий, катастрофически отличающихся от эволюционно ожидаемых, продолжается дольше, чем первые 6—9 месяцев жизни, и, тем более, если оно сохраняется на протяжении всего первого года его жизни, то у ребенка фиксируется исключительно болезненный опыт. При этом хороший опыт взаимодействия со взрослым не усваивается и не сохраняется, либо формируется очень медленно, с частыми «откатами» в эмоциональном развитии (собственные наблюдения с 6 месяцев до 3 лет за мальчиком, воспитывающимся в Доме ребенка).

б) Неспособность регулировать неприятные ощущения, абсолютность неприятного: так, депривированный младенец выплескивает сильные негативные эмоции, доходя до состояния истощения, будучи лишен опыта трансформации их в переносимые состояния через понимание их матерью (*Bion*, 1991).

в) Связь приятных переживаний только с сильными переживаниями сексуального характера.

Как правило, ребенок, переполненный негативными переживаниями, проецирует их на окружающий мир. Он также создает свой выдуманный мир, населенный странными существами, которые обладают набором признаков, вызывающих инстинктивную агрессию и вместе с тем чувство беспомощности (роботы, инопланетяне, бессмертные, неуязвимые, без лиц, без кожи, покрытые

чем-то вроде панциря, с утробным голосом и т.д.). Таки-ми образами ребенок «подкармливает» свои агрессивные импульсы, которые, в свою очередь, усиливают его страхи. Контролировать эти страхи ребенок может только путем идентификации с этими всесильными агрессивными образами. Поэтому такое фантазирование этого типа не может дать облегчения ребенку, напротив, негативные эмоции нагнетаются.

4. Отсутствие связи первых слов ребенка с его намерениями и желаниями, неспособность использования слов для активного воздействия на близких взрослых с тем, чтобы получить желаемое.

В патологии часто наблюдается задержка на уровне автономной речи (в норме доминирующей в течение короткого периода на втором году жизни) (*Левина*, 1935) или эхоталий (в норме период эхоталий отмечается в конце второго года жизни) (*Гезелл*, по: *Knobloch, Pasamanick*, 1974). Неблагоприятно, если автономная речь ребенка непонятна для окружающих и ребенок не стремится к тому, чтобы его поняли, помогая себе адекватными мимикой, жеста-ми, позой. Эхоталии отражают готовность к коммуника-ции, и в то же время неспособность выражать самостоя-тельно собственные состояния.

У детей, страдающих ранним детским аутизмом, пер-вые слова могут иметь либо комментирующий характер, либо характер аутистимуляции (стихотворные фразы, рек-ламные лозунги), либо быть направлены на разрушение коммуникации («Отойди!», «Отстань!», «Иди отсюда!», «Все!», «Не хочешь!», «Не будешь!»).

В ряде случаев у детей с грубым врожденным эмоцио-нальным дефицитом при доступности называния сложных слов («эскалатор») обнаруживается непонимание слов «мама», «папа», которые «не прилипают» к соответствующим взрослым из-за очень медленного накопления поло-жительного эмоционального опыта, связанного с этими взрослыми.

Дети с РДА до 4-х—5-ти лет не могут использовать слово «дай!» для регуляции действий взрослого, а для по-лучения желаемого результата направляют руку взросло-

го в нужное место, пользуясь ею как неодушевленным инструментом.

5. Задержка формирования переходного и замещающего объекта.

У большинства наблюдаемых нами детей с РДА органического генеза использование мягкой игрушки как замещающего объекта в ситуации разлуки с матерью запаздывает на несколько лет по сравнению с нормой. Отмечается также сильная (на несколько лет) задержка в использовании переходного объекта, фиксация переходных феноменов (особая привязанность к одеялу).

6. Стереотипное проигрывание аффективно неприятных переживаний с постепенным выхолащиванием содержания или резким угнетением игровой и исследовательской активности.

Например, мальчик 5-ти лет с возраста 1 года после того, как отец ушел из семьи, постоянно спрашивает у взрослых: «Где папа? Папа придет?», избегая диалогов на любые другие темы.

Непростроенность или слабость символической активности приводит к усилению и фиксации симптомов базальных уровней. Интенсивность «сырого» аффекта может достигать степени высокой непереносимости, а поведение неизбежно имеет импульсивный характер.

Работа с детьми, находящимися на досимволической или же символической стадиях представления своего эмоционального опыта, требует различных техник психотерапии.

С менее зрелыми детьми, не использующими символов для обобщения своего эмоционального опыта, психотерапия идет по линии укрепления и достижения более устойчивой согласованной работы нижележащих уровней эмоциональной регуляции.

Эта работа ведется скорее этологическими методами (простраивание системы ключевых стимулов, определение оптимального уровня и качества сенсорной и эмоциональной нагрузки, выработка основных коммуникативных паттернов-стереотипов, достижение опыта успешного преодоления препятствий). Вся эта подготовительная работа позволяет значительно уменьшить стрессовый характер взаимодействия ребенка со средой и выстроить устойчивые

безопасные отношения со взрослым, хорошие аспекты которых могли бы послужить материалом для символизации.

Переход на символический уровень высвобождает развитие речи, символической игры, рисунка, а также ряда социальных взаимодействий, требующих понимания условности действий или слов другого человека (юмора, обмана и т.д.). Именно этот уровень становится теперь ключевым как в плане развития, так и в плане психотерапевтических воздействий, направленных на упорядочивание эмоционального опыта ребенка. Использование элементов психоанализа оправдано в тех случаях, когда система аффективных символов ребенка является достаточно сложной и вместе с тем запутанной и неустойчивой.

ГЛАВА 2

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ

Методика диагностики нарушений эмоциональной регуляции представляет собой структурированное включенное динамическое наблюдение за ребенком в домашних и клинических условиях с использованием простых экспериментальных ситуаций.

Методика построена следующим образом. Различные типы аффективных нагрузок в зависимости от их качества и сложности ранжированы по пяти уровням (см. главу 1). Первому уровню соответствуют самые простые сенсорные нагрузки. На втором уровне мы оцениваем, может ли ребенок выдержать ломку или даже плавное изменение аффективного динамического стереотипа. На третьем уровне нас интересует, насколько ребенок устойчив к ситуациям и воздействиям, имеющим сложный, конфликтный, характер, провоцирующим противоположные эмоции (например, страх и интерес, гнев и страх). На четвертом уровне нагрузки связаны с эмоциональной коммуникацией. Здесь оценивается, как ребенок справляется с эмоциями, которые адресует ему другой человек, а также с фрустрациями, источником которых являются близкие для него люди, прежде всего мать (разлука с ними, запреты, негативные эмоции, переживаемые ими). К пятому уровню отнесены наиболее сложные аффективные нагрузки. Это собственный болезненный или слишком сильный эмоциональный опыт ребенка.

Предполагается, что развитие эмоциональной регуляции идет по пути постепенного повышения устойчивости

ребенка к более сложным аффективным нагрузкам (закалывание). Поэтому соответствующие возрасту аффективные нагрузки, правильно дозированные по сложности и силе, являются необходимыми для нормального развития ребенка.

Как определить, является ли аффективная нагрузка переносимой для ребенка?

Непереносимые нагрузки вызывают наиболее сильные поведенческие реакции ухода из ситуации по типу двигательной бури, мнимой смерти, мутизма, аутоагрессии, анаклитической депрессии (у младенцев)¹. Этому поведению соответствует разрушение психической целостности ребенка («распад на кусочки», по выражению психоаналитиков) (*Meltzer, 1975b*), потеря контакта с реальностью. На субъективном уровне возникает ощущение сильного страха, паники, катастрофы. Возможен также значительный регресс поведения (например, переход к автономной речи у ребенка, владеющего речью на уровне возрастных нормативов). Непереносимая нагрузка не становится частью внутренней жизни ребенка, его опыта. Ребенок не может трансформировать такую нагрузку в символическом плане, обыграть ее, понять ее причины, думать о ней и, следовательно, контролировать ее.

Частично переносимые нагрузки вызывают неустойчивые (конфликтные) поведенческие ответы. Здесь избегание не является столь полным, как в случае непереносимой нагрузки. Ребенок уже может думать об устрашающем объекте и, более того, искать прямого столкновения с ним, выступая в роли агрессора (мстителя). Например, ребенок пытается изжить свой страх путем навязчивого повторения в воображении пугающего события, проигрывания более благоприятного для себя исхода, однако без катарсического эффекта. Ребенок может думать о травмирующем воздействии, однако не способен избавиться от чувства страха и беспомощности. Другим примером частично

¹ Депрессия, которая возникает у младенцев 6—9 месяцев как реакция на утрату матери (*Spitz, Wolf, 1946*).

переносимой нагрузки является депрессивное переживание, связанное с разлукой с близким человеком (например, при госпитализации). Ребенок сохраняет способность вспоминать этого человека, ждать его, однако не может быть достаточно энергичным для активного исследования нового окружения.

Переносимые нагрузки не только позволяют ребенку сохранить целостность *Я* и контакт с реальностью, но и стимулируют психическую активность, переработку болезненного опыта. Оптимальные переносимые нагрузки создают необходимое напряжение для развития личности ребенка.

В норме ребенок достаточно активен, чтобы выбирать для себя оптимальную нагрузку. В патологии многие виды нагрузок являются непереносимыми или же, напротив, отмечается навязчивое стремление к испытанию нагрузок определенного качества (например, влечение к опасности).

Данная методика позволяет выделить области непереносимых и переносимых аффективных нагрузок, описать варианты патологического реагирования ребенка на нагрузки разной сложности и соотнести их с репертуаром более сохранного реагирования.

Методика позволяет улавливать даже небольшие изменения в аффективном поведении ребенка, поэтому рекомендуется прежде всего для отслеживания динамики аффективного реагирования у детей с выраженными нарушениями эмоциональной регуляции в ходе психотерапевтических занятий, в том числе на фоне психофармакологического лечения.

Помимо задач индивидуальной диагностики, методика рекомендуется для изучения «массовой» динамики аффективного развития различных групп аномальных детей. Так, мы имеем опыт успешного применения адаптированного варианта методики для исследования специфики сдвигов в эмоциональной регуляции у детей от рождения до 4-х лет, воспитывающихся в Доме ребенка, в периоды ранних возрастных кризисов. Этот вариант методики, адаптированный Ю.А.Михайловой, мы приводим в приложении 2.

Поскольку симптомы варьируют в каждом конкретном случае, то их перечень, представленный ниже, является для диагноста ориентировочным. В зависимости от целей исследования он может быть дополнен или сокращен.

КАРТА ОЦЕНКИ

ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ — ОЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ

1. НАРУШЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ (по модальностям)

При оценке важно учитывать, является ли преимущественным источником стимуляции, интенсивность которой устойчиво пере- или недооценивается ребенком, человек или же воздействия среды. Прогноз эмоционального развития, как правило, хуже, если непереносимость специфически человеческих воздействий выражена значительнее.

Обонятельная чувствительность:

— гиперсензитивность: не переносит многих запахов (в младенчестве мог отказываться от материнского молока); обнюхивает даже те предметы, которые практически не пахнут; при определении человека по критерию «свой—чужой» ориентируется прежде всего на запах;

— гипосензитивность: нечувствителен к запахам.

Вкусовая чувствительность:

— гиперсензитивность: воспринимает пищу скорее как невкусную, чем вкусную (в младенчестве отмечались частые срыгивания, выплевывания, ребенок не требовал кормления плачем); анорексия или упорные рвоты; подозрительно относится к пище;

— гипосензитивность: неразборчивость в еде; булимия; поедание несъедобных вещей.

Температурная чувствительность:

— гиперсензитивность: чувствителен к небольшим изменениям температуры, в младенчестве кричал при повышении/понижении температуры воды в ванне или пищи всего на один-два градуса от «комфортной»;

— гипосензитивность: не чувствует холода, раздевается, несмотря на невысокую температуру окружающей среды¹.

Тактильная чувствительность:

К физическим признакам среды:

— гиперсензитивность: не выносил мокрых пеленок в младенчестве, не терпит одежды; не терпит процедуры чистки зубов, мытья головы, подстригания ногтей, волос, медицинских процедур, связанных с прикладыванием к коже посторонних предметов; не выносит мокрой одежды или даже пятна на ней; морщится даже при легком прикосновении к его коже (например, мыльного пузыря);

— гипосензитивность: не было реакции на мокрые пеленки в раннем детстве; не обращает внимания на грязную одежду, в которой ходит.

К тактильному контакту с человеком (оценивается как сумма баллов по каждому виду контакта):

— гиперсензитивность (проявления перечислены по мере ослабления нарушения):

● даже по отношению к инструментальному контакту (не использует тело или части тела другого человека как инструмент для достижения желаемого);

● даже по отношению к защитному контакту — отвергает тактильный контакт в ситуации, когда взрослый пытается таким образом его успокоить;

● по отношению к игровому контакту (легкая щекотка, «ладушки», «сорока-ворона», «забодая-забодая» (особенно у ребенка, начиная с 4-х—5-ти месяцев и до 2-х лет); в случае нарушения развития эмоциональной регуляции переносимость такой игры может появляться гораздо позже (после 4-х—5-ти лет в нашей практике);

● по отношению к коммуникативному контакту (использование тактильного контакта для передачи отношения к другому человеку): объятие ребенок ощущает как

¹ Следует учитывать, что стремление обнажаться может вызываться несколькими причинами:

а) непереносимостью одежды из-за неприятного ощущения от ткани, т.е. быть проявлением тактильной гиперсензитивности;

б) непереносимостью одежды из-за ее запаха, т.е. быть связано с обонятельной гиперсензитивностью;

в) проявлением синдрома измененных влечений.

сжатие, прикосновение — как ожог; может отряхиваться, если человек прикасается к нему;

— гипосензитивность (ненасыщаемость тактильным контактом): ребенок «липнет» к взрослому.

Чувствительность к зрительной стимуляции:

К физическим признакам неодушевленной среды:

— гиперсензитивность:

● к свету/яркости: может страдать от яркого света; предпочитает приглушенный свет; смотрит на тень; играет с бликами света, прячется в темные места;

● к движению: предпочитает движение невысокой интенсивности (мелькание, вращение в одной плоскости), шарахается при приближении/резком движении объекта. Симптомы недостаточности движений глаз, обеспечивающих свободную фиксацию взора: при зрительной фиксации объекта сканирующие движения глаз отсутствуют или выражены незначительно; вместо активной фокусировки может располагать рассматриваемый предмет в фокусе или буквально «лазать» по нему глазом;

● к форме: легко завершает «гештальт» в заданиях типа «пазл» (головоломки), ориентируясь на форму, а не на смысловые связи; проявляет особенный интерес к стандартным, хорошо узнаваемым формам (буквы, цифры, рекламные плакаты), игнорируя смысловые связи (так, при назывании цифр не соотносит число с количеством, не может объединить буквы в слоги, владея только «глобальным» чтением; в целом ориентируется на один зрительный признак: движение, форму или цвет);

— гипосензитивность: включает свет в комнатах даже в яркий солнечный день.

К зрительным признакам человека:

— гиперсензитивность:

● предпочитает смотреть на яркий свет, а не на лицо взрослого (для младенцев первого года жизни); смотрит не в глаза, а на блестящие аксессуары (очки, украшения);

● при общении с другим человеком пользуется периферическим зрением;

● предпочитает смотреть в лицо взрослого с дальнего расстояния, избегая прямого взаимодействия лицом к лицу с близкого расстояния;

☉ принуждение к главному контакту (просьба взрослого: «Посмотри на меня!») с близкого расстояния вызывает страдание (гримасу неудовольствия, избегание);

☉ пытается (пытался) выколоть глаз человеку, выкалывает глаза куклам, зачеркивает глаза на рисунках;

☉ при восприятии людей (или их изображений) большее внимание уделяет рукам или даже ногам (двигающимся конечностям), чем лицам (в самостоятельных рисунках — та же тенденция);

— гипосензитивность: испытывает трудности восприятия/узнавания лиц людей при изменении освещения, меняющейся лицевой экспрессии.

Слуховая чувствительность:

К звуковым признакам неодушевленной среды:

— гиперсензитивность: пугается громких звуков/вздрагивает от малейшего шума, голосов; не переносит некоторых бытовых шумов (звука пылесоса, фена, воды в унитазе);

— гипосензитивность: нет признаков дискомфорта при восприятии явно раздражающих шумов (дрель и др.).

К голосам и речи людей:

— гиперсензитивность: сам говорит шепотом или тихо и лучше откликается на шепотную или тихую речь; звукам человеческой речи предпочитает музыкальные звуки (пение) или шумы;

— гипосензитивность: собственная вокализация громкая, любит шумные людные места; лучше откликается на громкое обращение.

Вестибулярная чувствительность:

К физическим признакам неодушевленной среды:

— гиперсензитивность: боится высоты; плохо переносит поездки в транспорте; раскачивается на качелях еле-еле, не отрывая ног от земли; залезает вверх на лесенку очень осторожно, только на несколько ступеней, приставным шагом;

— гипосензитивность: с удовольствием прыгает с высоты, без опаски смотрит вниз с большой высоты; сильно раскачивается на качелях, на шведской стенке; кружась вокруг себя, не испытывает головокружения.

К стимуляции в рамках контакта с другим человеком:

— гиперсензитивность: боится раскачивания, подкидывания в воздух, кружения; переносит только очень медленное раскачивание;

— гипосензитивность: требует, чтобы его подкидывали, кружили.

2. Явления гипер- и гипосензитивности к внутренним ощущениям:

— гиперсензитивность: жалуется на неприятные телесные ощущения, которые затрудняется точно локализовать; переоценка ощущений дискомфорта: жалобы на сильную боль при минимальном дискомфорте;

— гипосензитивность: отмечались ли случаи отсутствия реакции ребенка на болевое воздействие?

3. НАРУШЕНИЕ ИНТЕГРАЦИИ КОНТАКТНЫХ И ДИСТАНТНЫХ ПРИЗНАКОВ:

— при обследовании опирается преимущественно на контактные признаки предметов (облизывает, сосет, грызет, обнюхивает);

— отсутствует опора на комплекс признаков; выделяется один-два эмоционально значимых признака: мягкая поверхность (волосы, шерсть); гладкая твердая поверхность (пластик); углы; определенный цвет, размер, форма.

4. НЕАДАПТИВНЫЕ СПОСОБЫ РЕАГИРОВАНИЯ В СИТУАЦИЯХ С ПОВЫШЕННОЙ СЕНСОРНОЙ НАГРУЗКОЙ:

— реакция пассивного избегания (закрывает глаза, уши);

● аутостимулирует (гудит, ноет, бегает по кругу, прыгает и др.);

● реагирует аутоагрессией — заглушает неприятные ощущения болевыми;

— протестная/разрушительная реакция:

● кричит, плачет;

● реагирует направленной агрессией.

ОЦЕНКА

Тяжесть нарушения оценки интенсивности воздействия определяется следующим образом:

а) подсчитывается общее число патологических симптомов, включающих явления гипер- и гипосензитивности

в отдельных модальностях и общие нарушения сензитивности по отношению к внутренним ощущениям; определяется, есть ли подавление одним сенсорным каналом всех остальных или же имеет место разлитая, диффузно нарушенная сензитивность;

б) подсчитывается общее число явлений гипер- и гипосензитивности к специфически человеческим воздействиям, сравнивается с тем же показателем по отношению к чисто физическим воздействиям (особенно важно, каким было это соотношение в первые 2 года жизни ребенка);

в) фиксируются эпизоды регресса (резкие изменения чувствительности, а также переходы к контактному исследованию предметов, т.е. обнюхиванию и облизыванию, с более зрелой стадией);

г) по качеству реакции на ситуации сенсорной перегрузки делается вывод о том, насколько такая ситуация является разрушительной для активности ребенка (на вопрос, как часто она возникает, отвечают пункты а), б), в) настоящей оценки.

ВТОРОЙ УРОВЕНЬ — УРОВЕНЬ АФФЕКТИВНЫХ СТЕРЕОТИПОВ

1. НАРУШЕНИЯ СТЕРЕОТИПОВ В ОПРЕДЕЛЕННЫХ СФЕРАХ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Нарушения ритмичности физиологических процессов (особенно в первые 2—3 года жизни):

— нарушена периодичность цикла «сон—бодрствование» (ритм извращен, ребенок не спит ночью и спит днем; спит мало и очень чутко; продолжительность сна явно превышает нормальную; с трудом засыпает и с трудом просыпается);

— нарушена ритмичность наступления голода (не чувствует голода; всегда голоден; ритм непредсказуем);

— нарушена ритмичность процессов выделения (запоры, диарея, нарушения мочеиспускания).

Нарушения избирательность в соматической сфере:

— стереотипии, связанные со сном: раскачивания во время сна или как обязательный «ритуал» при засыпании;

— жесткие предпочтения в еде: не ест еды определенного цвета, запаха, консистенции, ест только определенные виды пищи; привычная рвота; требует кормления ночью даже в 3—6 лет;

— жесткие предпочтения в одежде: с трудом меняет одежду; не терпит переодевания, шарфов; часто возникает ощущение, что ткань колется.

Нарушения избирательности во внешних впечатлениях:

— паникует, если нарушен маршрут или характер привычных прогулок или поездок (например, отказывается выходить на незнакомой остановке);

— во время прогулки требует ощущения постоянного движения (длительно наблюдает за движущимся транспортом или катается на транспорте);

— смотрит один и тот же мультфильм (фильм, книгу) многократно, оставаясь равнодушным к другим аналогичным произведениям;

Сенсомоторные стереотипии:

— вызывает у себя определенные стереотипные ощущения (тактильные, зрительные, слуховые, кинестетические): машет тряпочкой перед глазами или совершает причудливые движения руками перед лицом; повторяет одни и те же звуки, слова, фразы; кусает себя или совершает другие аутоагрессивные действия; ходит на носочках, раскачивается, постоянно прыгает, бегаёт, онанирует, не смотря на присутствие других людей.

Нарушения избирательности в игрушках:

— носит с собой или играет только с определенной игрушкой или заменяющим ее предметом, не терпит замены;

— играет с игрушками одним и тем же способом (например, расставляет в ряды или в другом определенном порядке; крутит или подкидывает все предметы).

Стереотипные или нестандартные формы взаимодействия с матерью, обеспечивающие ребенка необычным комплексом ощущений:

— сон вместе с матерью при почти полном соприкосновении тел;

— особое отношение к груди матери (бьет днем, целует ночью);

— протестует даже против кратковременной разлуки с матерью (после 2-х лет).

Стереотипы в коммуникации¹:

- стереотипные жесты;
- эхоталии;
- штампы;
- требует повторения матерью (другим близким) определенных фраз, ответов на вопросы.

2. ОБЩИЕ НАРУШЕНИЯ ПЛАСТИЧНОСТИ СТЕРЕОТИПОВ

Ограниченная способность к изменению пространственной и временной отнесенности стереотипов поведения:

- дает катастрофическую реакцию при изменении окружающего пространства (например, при переводе из одного отделения в другое; в новом пространстве не может взаимодействовать даже привычными способами со знакомыми взрослыми);
- не терпит изменений в распорядке дня;
- болезненно реагирует на отсрочку или отмену ожидаемых событий.

Ограниченная способность к перестройке системы стереотипов в новых условиях развития (переезд; помещение в ясли/детский сад — у ребенка старше 2-х лет; рождение младшего ребенка в семье):

- острое реактивное состояние с регрессом;
- затяжная депрессия без привыкания;
- длительное привыкание при явлениях дезадаптации (протестные реакции).

Склонность к фиксации на эмоциональных переживаниях:

- длительно фиксируется, испытывает страх в ситуациях, ассоциативно связанных с пережитой травмой, на протяжении длительного периода, вплоть до нескольких лет;
- почти эйдетически многократно воспроизводит/вспоминает любой опыт; очень впечатлителен.

¹ Качество нарушения символической активности, соответствующее стереотипам в коммуникации, специально рассматривается на пятом уровне. Здесь нас интересует непропорционально большая (больше 50%) доля стереотипов.

Патологическая динамика стереотипного поведения/стереотипий:

— невозможно отвлечь от стереотипий/переключить на другую активность;

— невозможно внести содержательный момент в стереотипную активность;

— легкость возникновения стереотипий в следующих ситуациях: при контакте с другим человеком или даже на присутствие другого человека; если ребенка оторвали от его активности; в новой ситуации, если предложено сложное задание; если ребенок испытывает скуку; страх, тревогу; депрессию; разочарование (при неудаче); напряженно чего-либо ожидает; ощущает гнев, зависть, а также положительные эмоции (например, когда не может справиться с резко нарастающим возбуждением: при похвале, при восприятии комплекса особо приятных впечатлений).

ОЦЕНКА

Полученные данные позволяют оценить долю «шаблонных» форм (стереотипий и стереотипов) в общем репертуаре поведения ребенка; выделить ключевые стимулы и эмоциональные состояния, запускающие стереотипное поведение; оценить степень сложности, психологической понятности и аффективной насыщенности стереотипов в различных сферах развития. Слабый второй уровень аффективной регуляции предопределяет сильные регрессивные тенденции, трудности перестройки как отдельных паттернов, так и поведения в целом при изменении условий развития ребенка.

ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ — УРОВЕНЬ АФФЕКТИВНОЙ ЭКСПАНСИИ

1. ТОРМОЗЯЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ СТИМУЛОВ, СВЯЗАННЫХ С ПРОСТРАНСТВОМ (ВЫСОТА, ГЛУБИНА, УДАЛЕННОСТЬ, ЗАКРЫТОЕ И ОТКРЫТОЕ ПРОСТРАНСТВО, ФИЗИЧЕСКИЙ БАРЬЕР)

Неадекватная реакция на потенциально опасные характеристики пространства:

— не учитывает потенциально опасных характеристик пространства; отсутствует чувство 'края'; совершает им-

пульсивные действия, которые объективно могут иметь суицидальный характер (может прыгнуть в глубокий пруд, не умея плавать; неосторожен на высоте; устремляется за движущимися объектами; выбегает на проезжую часть улицы);

— знает об опасностях, но чрезмерно осторожен, идет только за руку, боится отпустить руку; наблюдается регресс поведения в открытом пространстве — активность резко уменьшается;

— стремится спрятаться в укрытии, найти опору в пространстве;

— стремится к тому, чтобы испытать себя, но при этом часто рискует, травмируется;

Данные из анамнеза:

— отмечалась приостановка в овладении моторными навыками после падения или небольшой травмы;

— страх падения с лестницы при ходьбе, беге, лазании, катании с горки;

— боязнь глубины: даже по лужам никогда не ходил;

— подолгу сидел в шкафах, коробках, других укромных местах (избегание открытого пространства, провоцирующего на действие, стремление уйти от диктата перцептивного поля). Связь с четвертым уровнем: ребенок стремится уйти от общения. Связь с пятым уровнем: уединенное темное место стимулирует фантазии, аутистические игры.

Удаленность предмета как непереносимое препятствие:

— ограниченная способность к достижению положительно валентных объектов, расположенных на некотором расстоянии:

③ торможение активности при любом барьере на пути к желаемому объекту;

③ первичный импульс навстречу желаемому объекту резко сменяется полной пассивностью.

Физический барьер как непереносимое препятствие:

Как справляется с физическим барьером на пути к желаемому объекту (экспериментальная ситуация: как реагирует на замену привлекательной игрушки на более простую, менее интересную. Два условия: с эмоционально значимыми людьми; в группе):

- прекращает активность, направленную на достижение желаемого объекта;
- утрачивает к нему всякий интерес/впадает в аутистическое состояние;
- дает эмоциональную вспышку (кричит, плачет, сильно раздражается);
- требует возвращения привлекательной игрушки;
- игнорирует или разрушает барьер, отделяющий его от привлекательной игрушки;
- реагирует амбивалентно (уходит/приближается; застревает в конфликтной ситуации/не может переключиться);
- использует взрослого как объект для достижения цели (карабкается по нему; делает необходимое движение его рукой без просьбы).

2. Недостаточность реакции на новизну объектов:

- реагирует торможением (игнорирует новые игрушки);
- реагирует гиперактивно: привлекают все новые игрушки, но быстро теряет к ним интерес.

3. Сложность предмета/материала как непереносимая перегрузка:

- уход;
- агрессия (пытается разломать сложную игрушку);
- выполняет действие рукой взрослого (без просьбы и взгляда ему в глаза).

4. Недостаточность специфической игровой активности с предметами (сам предмет как препятствие)

Признаки, свидетельствующие о значительном торможении игры с предметами¹:

- пресыщается до начала игрового действия (за зрительной фиксацией игрушки не следует дотягивание до нее);
- дотрагивается до игрушки незавершенными скребущими движениями, взять в руки боится, смотрит на игрушку;

¹ Здесь описываются паттерны, характерные для детей с сильной задержкой как эмоционального, так и интеллектуального развития, а также с глубокими аутистическими состояниями.

— берет игрушку или предмет рукой взрослого, чтобы тот совершил действие за него;

— хватает игрушку на несколько секунд, быстро ее теряет;

— берет, держит, носит игрушку в течение 20 с или дольше, только затем оставляет ее;

— повторяющаяся стереотипная активность (многократно воспроизводит один и тот же сенсорный эффект, часто игнорируя при этом функциональное значение предмета).

Признаки, свидетельствующие об умеренном угнетении игры с предметами:

— играет с несколькими игрушками, использует их одинаково (например, крутит колеса у машин или ставит их в ряд; подвешивает игрушки на выступающие части предметов; интересуется только теми предметами, из которых можно сделать циферблат и стрелки и т.д.);

— совершает простые ориентировочные действия (обнюхивает, облизывает, тянет в рот, трогает, рассматривает) с игрушками, которые предполагают более сложный способ действия;

— игнорирует игрушки с «живыми» деталями (мягкие, с глазами), хотя разворачивает сложную игру с конструктором и подобным «формальным» материалом;

— раздражается при любых препятствиях (вплоть до разрушения постройки).

5. Недостаточность активности, направленной на присвоение предметов и территории

Недостаточность территориального поведения. Неустойчивость индивидуального игрового пространства, неспособность к его организации:

— не организует своего игрового пространства, ходит кругами по комнате, даже не берет игрушек;

— не организует своего игрового пространства, берет игрушки и бросает их; игрушки быстро надоедают;

— создает игровое пространство, но быстро его разрушает; затем создает новое игровое пространство и т.д., т.е. игровое пространство неустойчиво; не делает связей между новым и старым пространством;

— ищет «нишу» для себя, делая себя центром пространства; может приносить в свое укрытие игрушки; закрывает вход: когда уходит, помечает биологическими маркерами эту территорию как свою.

Признаки несформированности или искажения самоутверждающего поведения (экспансии, направленной на предметы/территорию):

— не сформировано знание о границах своего тела; ослаблено чувство личного пространства/*чувство Я* (необходимы для экспансии): не может назвать части тела на себе, не соотносит размеры своего тела с размерами укрытия, в которое пытается залезть; при перемещении по комнате задевает предметы;

— признаки *«мое—не мое»*, означающие принадлежность предметов/территории определенному человеку, не значимы для регуляции поведения (если ребенок берет чужие вещи, но знает «свои», то этот симптом неустойчивый);

— дезорганизирующее влияние на качество игры присутствия *другого ребенка* (резкое усиление тенденции к экспансии, расширению или отступлению, сворачиванию):

⊗ не стремится занять чужое игровое пространство (если это стремление появляется у ребенка с тяжелой эмоциональной депривацией, то это хороший знак); никогда не интересуется игрушками другого ребенка и не пытается их отобрать, — отгораживается, играет один;

⊗ отмечается регресс игры (игра становится более стереотипной, формальной или вообще прекращается, спонтанная игра заменяется стереотипами или стереотипиями);

⊗ стремится непременно захватить игрушки другого ребенка, вытеснить его, руководить его игрой;

— несформированность или неустойчивость защитной агрессии, когда другой ребенок отбирает у него игрушку/вытесняет его с игровой территории:

⊗ не способен себя защитить, уступает;

⊗ вокализует (кричит, визжит), обращаясь за помощью к взрослому;

⊗ дает слишком сильную защитную реакцию, несоразмерную причине (душит другого ребенка, если тот занял его место);

— непереносимость признаков доминантности другого человека — негативизм и другие протестные реакции.

6. ИНТЕРЕС К СТРАШНОМУ, ГЯЗНОМУ, МЕРТВОМУ:

- страшное только пугает;
- повышенный интерес (ищет страшных впечатлений: палкой ковыряет мертвых животных; смотрит страшные мультфильмы, фильмы, сильно возбуждаясь при этом; говорит о жертвоприношениях, вампирах (длинные, аффективно заряженные монологи)).

ОЦЕНКА

Полученные данные позволяют выявить слабость или чрезмерность экспансивных тенденций (к расширению, захвату, утверждению себя), определить примитивный или социализированный характер их проявления в поведении ребенка; выявить неустойчивость к фрустрации в игре с предметами; определить роль барьера (тонизирующую, тормозящую или разрушающую активность) в игре и социальном поведении ребенка.

ЧЕТВЕРТЫЙ УРОВЕНЬ — УРОВЕНЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ

1. НАРУШЕНИЯ АКТИВНОЙ ПОДАЧИ И СЧИТЫВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СИГНАЛОВ¹

Трудности идентификации эмоциональных состояний ребенка:

- из-за амбивалентности эмоциональных выражений;
- из-за отставленности во времени эмоциональной реакции от вызвавшего ее события;
- из-за отсутствия эмоциональных выражений (обратной связи) в ситуациях, специфичных для вызова определенной эмоции (встречи, расставания, похвалы и др.);
- из-за неполноты координации различных видов контакта;

¹ Ситуации и параметры наблюдения см. в приложении 1.

- из-за сильного двигательного возбуждения (бежит)
- технические сложности;
- из-за очень слабой реакции (скорее, намек на реакцию, чем она сама).

Вид контакта, «выпадающего» из целостного коммуникативного поведения ребенка и не восстанавливающегося даже в условиях эмоционального тонизирования от взрослого:

- тактильный;
- голосовой;
- глазной;
- дополнительные коммуникативные сигналы (мимика, ориентация лица на партнера по общению, поза).

Нарушение эмоциональной коммуникации в отдельных видах контакта¹:

- нарушения ориентации; нет «позы готовности» для считывания эмоциональных сигналов:

⊗ не ищет эмоционально выразительных сигналов: отворачивается, поворачивается боком к взрослому, затыкает уши (—2);

⊗ смотрит изредка, оценивает самое общее выражение лица (например, наличие или отсутствие угрозы); боится громкого голоса, но не различает более тонких интонаций (—1,5);

⊗ внимательно всматривается в какую-то часть лица взрослого (например, рот), не понимает общего выражения; дает парадоксальную реакцию (смеется при виде слез у матери) (—1,5);

¹ В этой части методики каждому симптому изначально присваивается определенный балл, так как симптомы сильно различаются по тяжести. Если симптом неустойчив, то присвоенный балл уменьшается вдвое. Все перечисленные симптомы сдерживают развитие символической активности (вертикальная связь), поведения привязанности и статусных отношений в группе сверстников (горизонтальная связь); связаны с нарушениями чувствительности к сигналам, исходящим от человека (связь с первым уровнем). Специфическая связь некоторых симптомов с симптомами других уровней оговаривается особо.

☉ понимает выражения только некоторых из основных эмоций (радость, гнев, страх, печаль); путает страх и гнев, печаль (плач) и радость¹ (–1,5);

☉ активно пользуется периферическим зрением или использует дополнительные средства (пользуется зеркалом) (–1,5);

— глазной контакт:

☉ избегает глазного контакта почти всегда (–2);

☉ редкие моменты глазного контакта возникают только после сильного эмоционального тонизирования (–2);

☉ использует глазной контакт для воздействия на взрослого (чтобы получить желаемое, когда требует) (–1,5);

☉ неустойчивый глазной контакт; выпадает, как только к нему добавляется тактильный (например, ребенка сажают на колени) (–1,5);

☉ нарушен ритм глазного контакта (–1,5);

☉ использует глазной контакт преимущественно для проекции агрессии на другого человека, когда сердится на него; эта способность предполагает достаточную устойчивость к вероятной ответной агрессии (симптом связан с искажением символической активности, чрезмерным использованием проекции ребенком) (–1);

— тактильный контакт:

☉ избегание (не ищет его; сопротивляется, не переносит тактильного контакта по инициативе взрослого (матери) (–2);

☉ ограниченная переносимость: терпит только «быстрый» контакт, тут же отворачивает лицо от взрослого (–1,5);

☉ терпит контакт, устанавливаемый по инициативе взрослого (в том числе долго), лицо не отворачивает, но смотрит мимо лица взрослого (–1,5);

☉ прилипает, «приклеивается» (признак симбиоза) (–1,5);

☉ тянет за волосы, стремится причинить боль; младенец может кусать за грудь (признак сильной амбивалентности;

¹ О последней паре — см. Леонардо да Винчи: даже художники на своих картинах часто путают выражения радости и печали, различие только в том, что у плачущего человека возникают поперечные складки между бровями, которых нет у смеющегося, мимика рта одинакова и при плаче, и при смехе (*Сикорский, 1996*).

симптом связан с нарушением влечений); сигналы боли другого человека не тормозят, а усиливают и закрепляют это поведение (–1,5);

- только по собственной инициативе (когда хочет сам) (–1);

- голосовой контакт:

- экспрессивная вокализация:

- отсутствует (плач, крик или вой) (–2);

- коммуникативная вокализация:

- отсутствует (–1);

- привлекает к себе внимание особыми звуками (шепотом, мычанием), но нет стремления использовать человеческую речь (–2);

- избирательная реакция на обращение (например, только в условиях эмоционального тонизирования) (–2);

- мимика, позы:

- сглаженная мимика — лицо невыразительное (–2);

- однообразная, стереотипная мимика; стереотипные позы, представляющие собой варианты избегания, аутостимуляции; аутоагрессия, которую больной ребенок использует как протестную форму реагирования (сочетается с патологией второго уровня) (–2);

- преувеличенная, вычурная мимика, манерность, гримасы (связь с искажением символического уровня, нарушением идентификации) (–1,5);

- одновременная координация контактов разных модальностей:

- почти никогда, случайные редкие эпизоды (–2).

2. НАРУШЕНИЕ СПОСОБНОСТИ К АФФЕКТИВНОМУ ЗАРАЖЕНИЮ, ПОДРАЖАНИЮ И РАЗДЕЛЕНИЮ ОПЫТА СО ВЗРОСЛЫМ

Дефицит эмоционального заражения и подражания положительным эмоциям (в ситуации игры):

- признаки сильного угнетения совместной игры:

- в игру со взрослым¹ не включается (–2);

¹ Имеется в виду самая простая игра, соответствующая уровню психического развития ребенка (для детей 3-х—5-ти лет с РДА это игры типа «ку-ку», «идет коза рогатая»).

● подражает игровым действиям взрослого эпизодически (эхопраксии без соответствующего эмоционального состояния) (–1,5);

● не повторяет те свои движения, которые вызвали смех у взрослого (не пытается рассмешить взрослого¹) (–2);

● не двигается в соответствии с ритмом движений взрослого («ручками похлопаем, ножками потопаем») (–2);

● не способен² к диалогическим (поочередным) действиям («ку-ку») (–2);

● не способен к совместной регуляции действий (игра в мяч) (–2);

— признаки умеренного угнетения совместной игры:

● воспроизводит эмоционально насыщенный момент со значительной отсрочкой (–1,5);

● пытается поддерживать контакт только путем подражания (эхом) (неспецифический симптом при низком уровне активности) (–1,5).

Дефицит эмпатии (способности разделять негативные эмоции другого):

— заражается тревогой или депрессией матери, полностью поглощен ею, но не разделяет своей и чужой эмоции;

— не пытается утешить близкого, если тот расстроен; может давать парадоксальные реакции (смеется или удивляется, когда взрослый плачет).

Нарушение способности разделять опыт со взрослым (в ситуации исследования)³:

— не пытается обратить внимание взрослого на заинтересовавший его предмет (нет указательного жеста или заменяющей его вокализации);

— незавершенные попытки показать предмет (оставляет в поле зрения взрослого, без взгляда в глаза).

¹ В норме с 18 месяцев.

² Способность ребенка к определенному виду совместной игры со взрослым включает: а) способность самостоятельно инициировать такое взаимодействие; б) способность поддержать игру по крайней мере в течение 20 с, речевой диалог — 30 с; в) способность разделить аффект (удовольствие).

³ Эти симптомы вмешиваются в развитие символической активности.

Негативизм:

— *тотальный* негативизм — по отношению к любой коммуникации со взрослым, если ребенок занят стереотипной активностью (конфликт второго и четвертого уровней):

- ☉ стремится уйти, плачет, кричит (у ребенка старше 3-х лет);

- ☉ не отвечает на вопросы или отвечает на «своем» языке;

- ☉ реагирует демонстративной защитной реакцией (зовет на помощь, принимает защитные позы) при нейтральном или дружелюбном обращении к нему;

- ☉ негативизм как реакция на задание взрослого (конфликт третьего и четвертого уровней);

- ☉ игнорирует задание, отказывается начать действие («не хочу», «не буду»); делает то, что нравится ему;

- ☉ эмоциональная вспышка: бросает предметы, наступая на игрушки, кричит, может наброситься на взрослого (агрессия);

- ☉ искажает образец, кривляется;

— *избирательный* негативизм:

- ☉ выполняет только те инструкции, которые задаются определенным тоном, например, императивным, игнорируя спокойные обращения; негативизм усиливается в новой ситуации или в присутствии другого ребенка.

3. Сильные искажения или недоразвитие поведения привязанности в диаде «МАТЬ—РЕБЕНОК»

Выпадение или несвоевременное, непоследовательное (с большим запаздыванием) появление паттернов поведения привязанности у ребенка¹:

— признаки сильного избегания в поведении ребенка (не использует мать как источник безопасности):

- ☉ скорее успокаивается сам, чем на руках у матери;

- ☉ не возвращается к ней в промежутках между игрой;

- ☉ не отслеживает ее передвижения;

- ☉ не ищет подтверждения безопасности нового предмета у матери, прежде чем взять его;

¹ Реакции приветствия (комплекса оживления), выделения матери, страха чужих, страха разлуки, ориентации на эмоциональные сигналы матери.

- ⊗ не бежит к матери, когда в дом приходят новые люди;
- ⊗ не показывает матери новые предметы, найденные им или полученные в подарок от других людей;
- ⊗ не слушает указаний матери;
- ⊗ не замечает ухода матери, часто теряется на улице;
- ⊗ часто травмируется;

⊗ предпочитает игры с вещами играм с другими людьми;
 — признаки сильной амбивалентности в поведении ребенка (избирательные проявления избегания сочетаются с проявлениями нормальной привязанности и агрессивного отношения к матери; ребенок не получает удовольствия от близкого контакта с матерью, хотя и стремится к нему):

⊗ сопротивляется тактильному контакту с матерью, хотя сам ищет близости;

⊗ использует только грубые формы контакта, пытаясь вызвать у матери сильные эмоции, неважно, какого знака (бьет головой в живот, спину, дергает за волосы);

⊗ испытывает сильное напряжение на руках у матери или в ее присутствии, в то время как может чувствовать себя расслабленным, лежа на полу, среди своих вещей;

⊗ быстро раздражается в контакте с матерью (падает на пол или бросает вещи, плачет, прячется);

— признаки симбиоза (использует психические функции матери, подменяя ими развитие своих собственных функций):

⊗ для выполнения желания кладет руку матери на нужный предмет, «перепоручает» ей навыки самообслуживания, игры, рисования и пр.;

⊗ реагирует катастрофической депрессией на разлуку с матерью;

— признаки использования ребенком матери как объекта влечений:

⊗ привязанность, насыщенная особыми сексуальными и агрессивными действиями.

Признаки нарушения привязанности у матери:

— признаки избегающей привязанности¹ (отвержение близкого контакта с ребенком):

¹ Как правило, сочетаются с состоянием депрессии.

- ☉ отказ от кормления грудью в связи с неприятными ощущениями;

- ☉ раннее начало кормления в специальном стульчике и т.д.;

- ☉ подмена живого контакта с ребенком механической стимуляцией (замена речевого взаимодействия музыкальной стимуляцией и др.);

- ☉ чрезмерная забота о гигиене, одежде, еде ребенка при недостатке игры с ним;

- поведение, подменяющее эмоциональный контакт с ребенком обучающим взаимодействием с ним:

- ☉ дает ребенку задания, явно превышающие уровень его возможностей;

- ☉ стремится заменить непосредственное взаимодействие обучением;

- поведение, допускающее травматизацию и усиливающее небезопасность ребенка:

- ☉ разлуки с ребенком в раннем детстве;

- ☉ неэффективный контроль возможных источников опасности;

- признаки амбивалентной привязанности:

- ☉ непоследовательная, непредсказуемая (часто с избыточным аффектом) реакция на сигналы ребенка;

- ☉ сочетание нормальных паттернов взаимодействия с избегающими и агрессивными;

- признаки симбиоза:

- ☉ катастрофическая депрессия на разлуку с ребенком;

- ☉ гиперопека;

- ☉ массивное использование проекций во взаимодействии с ребенком (бессознательно заинтересована в болезни ребенка и поддерживает ее);

- признаки отношения к ребенку как к объекту своих влечений.

Соответствие признаков нарушения привязанности у ребенка и у матери:

- более сложно организованное поведение привязанности ребенка, чем матери; это свидетельствует о большой

¹ См. диплом О.Букиной (2001), выполненный под руководством М.К.Бардышевой.

активности ребенка и увеличивает вероятность хорошего прогноза¹. Наиболее характерным примером такого соотношения является преобладание признаков амбивалентности в поведении привязанности ребенка, и в то же время избегания по отношению к нему у матери.

4. НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В КОЛЛЕКТИВЕ ДЕТЕЙ (СТАДНОГО ПОВЕДЕНИЯ)

Линия избегания в группе:

- позиция изолянта (из-за непонимания эмоциональных сигналов других детей);
- резкий регресс поведения в присутствии других детей;
- нарушения аффективного заражения от других детей;
- нарушения подражания: только наблюдает (с использованием периферического зрения) за другими детьми;
- нарушения совместной игры: только параллельная игра;
- нарушения квазиагрессивного поведения: не стремится к повышению своего статуса в группе (лежит на полу, играет сам с собой, не метит территорию, не защищает ее);
- не следует правилам группы (не подчиняется режиму в детском учреждении, не участвует во фронтальных занятиях).

Линия избирательной привязанности к группе:

- предпочтение сигналов от другого ребенка, а не от взрослого; большая ясность и лучшее понимание эмоциональной коммуникации в группе детей;
- ощущение безопасности связано с присутствием в группе (но не с матерью); страх разлуки с группой, ориентация на эмоциональные сигналы от «вожака»;
- подражает ребенку, а не взрослому;
- идентификация себя исключительно с группой, а не с матерью или заменяющим ее взрослым.

Линия амбивалентности:

- нарушает правила группы в условиях недостаточного внимания со стороны взрослых; разрушает игрушки, проливает еду, портит вещи, не подчиняется режиму, может быть неопрятным (протестные реакции);

— ведет себя агрессивно по отношению к воспитателю (кричит, ругается, набрасывается на него); при индивидуальном внимании быстро восстанавливает нормальную коммуникацию со взрослыми и детьми.

ОЦЕНКА

Полученные данные позволяют выделить основные линии нарушения коммуникации (отдельно для основных навыков эмоционального контакта, поведения привязанности, поведения в коллективе детей).

1. Линия пассивного и активного избегания (цель такого поведения — недопущение или разрушение контакта). Пассивное избегание связано с механизмами первого и второго уровней (ребенок не реагирует на обращение, ощущения от аутостимуляции использует для блокады внешних впечатлений). Активное избегание (агрессия, крик, стремление напугать возможного партнера по общению) связано с более сильным уровнем аффективной экспансии (более высокой устойчивостью к фрустрации).

2. Линия амбивалентности, конфликта (цель такого поведения — усиление эмоционального обмена независимо от знака эмоции; причинение психической боли партнеру по общению; стимуляция родительского поведения). Поведение связано кольцевой связью с особенностями символической активности.

3. Линия симбиоза (цель — минимизация собственных психических усилий). Поведение связано с низкой выносливостью к фрустрации (нарушение уровня аффективной экспансии).

4. Линия использования партнера как объекта своих влечений. Растроможенность влечений — патология второго и третьего уровней.

Отмечаются только те признаки, которые связаны с символическим уровнем или существенно вмешиваются в развитие.

ПЯТЫЙ УРОВЕНЬ — УРОВЕНЬ СИМВОЛИЧЕСКИХ РЕГУЛЯЦИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ

1. НАРУШЕНИЯ ПРЕДПОСЫЛОК ОБОБЩЕНИЯ/РАЗЛИЧИЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ОПЫТА

Патологические образования нижележащих уровней, которые могут значительно затруднять или нарушать формирование символической активности:

— нарушения обобщения и различения эмоционального опыта по признакам «приятное—неприятное»¹:

● никак не обобщает и не накапливает (не усваивает) приятные аспекты опыта (первичное нарушение на уровне аффективных стереотипов)²;

● сильная фиксация на отдельных сенсорных свойствах объектов, «прилипание» к приятным ощущениям без попыток их обобщения (первичное нарушение на уровне аффективных стереотипов);

● непереносимость состояния неудовлетворенного желания; на малейшую фрустрацию реагирует немедленной моторной разрядкой, не предпринимая попытки воссоздать желаемый объект в воображении (первичное нарушение на уровне аффективной экспансии);

● нарушение невербальной коммуникации: слабость врожденных схем коммуникации или их искажение, например, улыбка матери вызывает плач (первичное нарушение на уровне эмоциональной коммуникации);

— различение объектов по признакам: «живое/неживое»:

● равнодушен к животным: отодвигает их, если они оказываются у него на пути, обращается как с неживыми объектами (первичное нарушение на уровне эмоциональной коммуникации);

● при восприятии живого ориентируется прежде всего на его агрессивные признаки или на признаки боли; частичное восприятие живого в этом случае может быть свя-

¹ В норме ребенок легко объединяет различные предметы и явления на основе аффективного сходства, различение происходит позже (см. *Ференци, 2000*).

² Это может происходить из-за чрезмерно болезненного опыта в младенчестве.

зано с первичной патологией влечений (уровень аффективных стереотипов), с непереносимостью доминантного статуса другого человека (уровень аффективной экспансии), с избирательным восприятием коммуникативных сигналов (уровень эмоциональной коммуникации);

● наделяет признаками живого неживые предметы и явления, при этом воспринимает живое прежде всего как опасное (дождь зальет, ураган закрутит, шестеренки зарежут)¹; в основе — страхи неконтролируемой агрессии (сочетанная патология тех же уровней, что и при частичном восприятии живого).

— нарушения рудиментарного чувства психического Я², ощущения себя как центра психической активности:

● как бы растворяется в ощущениях; для подтверждения своего существования должен непрерывно двигаться, изменяя потоки ощущений (в основе — патология первых трех уровней).

2. Фиксация и искажения активности на уровне, переходном от досимволического к символическому. Стадия символического уравнивания³ (для детей старше 2 лет)

Использование аутистического объекта:

— отмечается причудливая привязанность к объектам, не имеющим ничего общего с ощущениями, идущими от матери (стопка карточек, шестеренки, веревки, ремешки, с которыми ребенок не может расстаться, панически реагируя на их отсутствие) — первичная патология уровня аффективных стереотипов. Если эти объекты плоские,

¹ В отличие от обычного анимизма детей здесь восприятие неодушевленных предметов и природных явлений как живых тормозит исследовательскую активность, вызывает не положительные эмоции («Водичка живая, потому что течет»; Пиаже), а негативные, в частности, страх и агрессию.

² «На стадии, когда приобретается семантическое значение, границы между “я” и “не-я” были установлены уже довольно давно» (Шниц, 2001, с. 32).

³ Идентификация на основе внешнего сходства, без вытеснения аффективного содержания. На этой стадии в каждом стимуле ребенок легко узнает часть тела или его выделения (см. Ференци, 2000).

то нарушения более примитивные, если трехмерные (стаканчики, кубик), то это более сложное поведение.

Фиксация на изолированных оральных или иных контактных ощущениях:

— облизывает, сосет соску, бутылку, планки от кровати, трется об одеяло, волосы матери (патологическим это поведение считается, если отмечается у ребенка старше 1 года в состоянии бодрствования). Взаимозаменяемость ощущений: например, ребенок 4-х лет обнимает и сосет большой мяч, при его отсутствии сосет подушку; если забрать подушку, сосет планку от качелей и т.д.

Фиксация стадии символического уравнивания (если отмечается у ребенка старше 2-х лет):

— уравнивает аффективно значимые для него стимулы, связанные с телесными ощущениями (например, ребенок 4-х лет приравнивает воду к слюне и моче, играет одним и тем же способом со всеми тремя веществами, заменяет одно другим).

Неспособность использовать сложные замещающие образы:

— не использует мягкую игрушку как заменитель успокаивающих характеристик матери, так как не понимает смысла такой замены, не может выделить успокаивающие характеристики игрушки и обобщить их из-за сложности такой игрушки (не обобщает на основе аффективного сходства — стадия частичного объекта, в основе — патология второго и четвертого уровней).

3. НАРУШЕНИЯ СИМВОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НА УРОВНЕ АФФЕКТИВНЫХ ОБРАЗОВ (в игре и рисунке)

Неустойчивость символической активности:

— под влиянием сильного аффективного возбуждения происходит регресс на стадию символического уравнивания; ребенок, использующий сложные символы, начинает отождествлять замещающий и настоящий объект, реагирует на них одинаково (например, уравнивая контурное изображение руки и саму руку, вскрикивает от боли, когда другой ребенок тычет ручкой в рисунок руки; пытается войти на балкон маленького игрушечного домика).

Фиксации (монотонность, стереотипность игры без аффективных искажений):

— сверхценное отношение: стереотипное рисование, лепка или вырезывание одних и тех же аффективно насыщенных фигур и стереотипная игра с ними без аффективных искажений, т.е. без действий, меняющих характер образа (в основе — патология второго уровня).

Нарушения символической активности из-за эмоциональной пустоты, уплощенности аффективных образов:

— не понимает юмора, не пытается шутить (например, очень конкретно воспринимает нападающие игровые действия взрослого, сильно пугается в игре «забодая-забодая!»);

— игровой символ носит характер «псевдоабстракции». Ориентация при выборе игрушки на изолированное сенсорное ощущение. Например, мальчик 5-ти лет 3-х месяцев использует пластиковую цифру для обозначения мамы в игре, ему не требуется внешнего сходства, главный критерий — размер, важно, чтобы игрушка подходила по размеру к кровати. Ребенок 6,5 лет испытывает трудности при игре в мяч с человеком, но охотно посылает мяч коробке с любимыми им пластиковыми буквами. Другой пример: вместо рисунка мамы ребенок предпочитает написать его название (мама);

— диспропорция между бедными игровыми действиями, образами в рисунке (или их отсутствием) и богатым речевым сопровождением.

Нарушения символической активности из-за сильных аффективных включений:

— навязчивое отношение к объекту, использование игрушки не для игры, а для контроля своего состояния (из-за сильных страхов). У наблюдавшегося нами мальчика 5-ти лет таким сверхценным объектом были плоские, круглые, яркие желтые часы со стрелочками и цифрами. Мальчик контролировал свое эмоциональное состояние путем передвижения стрелок в период возрастающего напряжения. Свойствами купирования тревоги был наделен предмет с легко запечатлеваемыми и узнаваемыми признаками (формы, контраста, движения). Важно, что предмет, используемый ребенком для контроля страха, первоначаль-

но сам был его источником. Возникновение объекта отмечено после того, как в санатории мальчика побила няня (в тот же период без ведома матери было произведено обрезание). Сначала мальчик стал пугаться всех часов, и наручных, и настенных, затем мать дала ему игрушечные часы, с которыми он несколько месяцев не расставался даже во сне, истошно кричал, если они выпадали. Когда взрослые убрали часы, то реакция на фрустрацию усилилась. Мальчик постоянно просил пить, затем появились новые страхи;

— многократное проигрывание, повторение аффективно насыщенного негативного опыта без десенсибилизации (при сильном страхе). Например, мальчик 5-ти лет боится пустоты — пустых клеточек на тетрадном листе, пустоты в чашке, незакрашенных (пустых) мест на картинке, пустого сна (т.е. когда ничего не снилось), но везде ее «видит»;

— агрессивно-садистическое отношение к игрушке, которое сопровождается маниакальным чувством триумфа, без переживания вины за последствия своей агрессии;

— быстрое разрушение игры из-за силы разрушительных действий и страхов последствий своей агрессии (например, ребенок прячется после того, как жестоко атаковал игрушку);

— депрессивные мотивы в игре (выбирает испорченные, дырявые, рваные игрушки; в игре присутствуют темы мусора, свалки; рисует сгоревшие, упавшие деревья и пр.);

— агрессия «исследовательского» характера, навязчивое стремление контролировать вещи; разбирает объект на части с целью понимания, как он устроен; стремление забраться «внутри» вещей, отнять «лучшее»¹; при «разборе» объекта испытывает одновременно сильную страсть к его внутреннему содержанию, и, возможно, преодолевает страх, первично связанный с ним или спроецированный на него;

— проецирует на игрушки положительный (однако понимаемый ограниченно — как сексуальная близость) эмоциональный опыт.

¹ См. у Мельцер (*Meltzer*, 1975б) — «постаутистическое состояние».

4. НАРУШЕНИЯ СИМВОЛИЧЕСКОЙ РЕЧЕВОЙ АКТИВНОСТИ (ГРУБЫЕ НАРУШЕНИЯ ЖЕСТОВОГО И РЕЧЕВОГО ОБЩЕНИЯ — МУТИЗМ, АВТОНОМНАЯ И АУТИСТИЧЕСКАЯ РЕЧЬ)

Нарушение жестовой символизации (неспособность подавать понятные сигналы в ситуации общения; первично нарушена способность к аффективному подражанию матери):

— сильное *запаздывание* появления общепринятых жестов (например, жест «пока-пока» появляется в 4 года 10 мес., а не в 9 мес.), сочетающееся со столь же сильной задержкой появления первых устойчивых слов (мутизм, распространяющийся на активное использование слов и жестов, но с сохраняющимся их пониманием);

— жесты-«метки», которые произошли путем *фиксации защитных движений*, при отсутствии жестов, приобретенных путем подражания жестам матери;

— *автономные* (по аналогии с автономной речью), очень своеобразные *жесты и мимика*, использующиеся для выражения удовольствия, неудовольствия, желаний, демонстрации своего превосходства над другими;

— *вычурные жесты и мимика*: моторные стереотипии (особая походка, внезапные резкие движения, вытаращенные глаза, гримасы), манерные позы, использующиеся для привлечения внимания к себе;

— *искажение*: при наличии инструментальных жестов и жестов, направленных на разрушение контакта (например, девочка 4-х лет указывает пальцем в направлении от себя, что означает «уходи!»); отсутствуют жесты, направленные на разделение опыта с другим человеком (особенно указательный жест, жест согласия).

Мутизм:

— полный, специфический для состояния глубокой аутизации, сочетающийся с нарушениями невербальной коммуникации, а также с неспособностью пользоваться символами в игре, рисунке;

— с сохранной жестовой коммуникацией, возможностью играть, рисовать, писать отдельные слова;

— избирательный как протестная реакция: ребенок сохраняет способность пользоваться речью в определенных безопасных ситуациях и отказывается говорить в ситуаци-

ях, вызывающих тревогу (например, говорит дома, но не разговаривает в детском саду; обращается к взрослым сам, но не отвечает на их вопросы).

Нарушения развития автономной речи, аутистическая речь:

— длительная *фиксация* на стадии автономной речи без стремления быть понятым (не сопровождается адекватными жестами, мимикой, позой), без параллельного развития общепринятого языка;

— *частичная задержка инволюции* автономной речи с ее своеобразием (элементами искажения) (например, ребенок 4,5 лет продолжает использовать автономную речь для обозначения эмоциональных состояний, в то время как в разговоре на отвлеченные темы использует зрелую речь);

— *сильно искаженная, свернутая автономная речь* (например, мычание с сохранением правильной интонационной структуры фразы), сочетающаяся с утратой обычных слов, однако не теряющая коммуникативного характера и подкрепляющаяся адекватными жестами (мать понимает, что «говорит» ребенок);

— *аутистическая речь*¹, т.е. неразборчивая, свернутая до отдельных слогов или даже чистого звука (ребенок гудит, щебечет), насыщенная аффектом, предназначенная только для себя, а не для коммуникации;

— намеренное искажение слов, связанное с ощущением своего всемогущества (предполагает, что окружающие должны понимать его магическим образом).

Изоляция речи от эмоционального опыта. Недостаточность развития эмоционально-смысловой стороны речи (фиксация на формальной стороне речи, ее ритме, особых звуковых ощущениях):

— необычный (некоммуникативный) характер первых слов или слов, преобладающих в словаре ребенка (данные из раннего развития);

— смакование слов с особым звучанием, привлечших ребенка своим фонетическим строем, без смысловой привязки к ситуации (например, с удовольствием выкрики-

¹ Переход к использованию аутистической речи у ребенка, хорошо владеющего фразовой речью, может являться признаком активизации психотической части его личности.

вает звучные фамилии); эхолалии (в том числе отсроченные) по тому же принципу;

— ассоциации в диалоге по созвучию, в результате чего происходит разрушение диалога (например, на вопрос взрослого «Сколько тебе лет?» ребенок отвечает: «Хочу омлет»; на восклицание взрослого «Пусть!» ребенок реагирует: «В добрый путь!»).

— преимущественно комментирующий характер речи (отстраненно «протоколирует» происходящее).

5. Трудности речевого обобщения эмоциональных состояний

Несформированность самых примитивных обобщений:

— не может выразить простые конкретные желания (пить, есть).

Нарушения, связанные с неустойчивостью или искажением разделения опыта по признакам «хороший—плохой»¹:

— сдвиг в сторону отрицательного эмоционального опыта; преобладание в языке слов, направленных на разрушение контакта («не хочешь», «не будешь», «наплевать», «отойди», «отстань», «отпустите»)²;

¹ Оценочные категории «хороший—плохой» не могут быть сведены к психофизиологическому разделению опыта на «приятное—неприятное», а в большей степени зависят от интериоризованных ребенком эмоциональных оценок матери. Это разделение связано с принятием и отрицанием, которые выражаются словами «да» и «нет», причем не только с материнскими, но и с теми разрешениями и запретами, которые ребенок ставит себе сам. Вместе с тем «да» и «нет» являются одними из первых эмоционально насыщенных абстракций, используемых в коммуникации (*Шниц*, 2001).

² В тяжелых случаях агрессия и негативизм могут выступать как единственные аффективные источники речевой активности. Такой ребенок не идентифицируется с родителем, поэтому не «слушается сам себя», в то время как нормальному ребенку это доставляет удовольствие (*Шниц*, 2001) — симптом, связанный с нарушением эмоционального контакта, идентификации путем подражания. У детей с РДА первые обобщения могут идти от обратного: «не хочу», «не знаю», «не понимаю». Отрицание легче принятия, так как не требует усилий по усвоению, соответствует аутистической установке на минимизацию и стереотипизацию психической активности.

— первичное возникновение обобщений эмоциональных состояний, связанных с оральной агрессией («тошнит», «съела»);

— неустойчивость разделения опыта по основным оценочным категориям — «добрый—злой», «красивый—уродливый» и т.п.; разрушение восприятия хорошего, связанное с вторжением агрессивных импульсов.

Фиксированные, очень своеобразные словесные метки определенных, эмоционально значимых для ребенка, состояний/ситуаций:

— изолированные обобщения для особенно значимых для ребенка ощущений при общей бедности «эмоционального» словаря, возможна их генерализация. Дети с аутистическими чертами при общей бедности словаря, описывающего чувства и эмоции, могут навязчиво использовать те аффективные образы и слова, которые описывают состояния или причины их болезненных ощущений. Так, мальчик 5-ти лет любой предмет оценивает прежде всего с точки зрения его температуры: «холодно, холодный». Ощущения дискомфорта выражает словами «лампочка загорелась» (у мальчика повышенная чувствительность к свету). У мальчика 4,5 лет в игре появляется микроволновая печь, которая поддерживает определенную температуру (36,6°). Мальчик 7-ми лет, отличающийся брезгливостью, часто использует слово «грязный»;

— индивидуальные обобщения-метки на основе сходного аффекта, испытанного ребенком в похожей ситуации. Например, мальчик 5-ти лет для выражения страха различной природы использует слова: «утону, утону!» (даже когда боится упасть с лестницы). Другой мальчик того же возраста для обозначения различных желаний пользуется одним словом «пить!»;

— жесткая фиксация услышанных слов, рекламных лозунгов или фраз-штампов для обозначения определенной ситуации или своего состояния («*цитаты*» к месту). Например, ребенок 5-ти лет использует выражение из мультфильма «Сим-ба! Хорошо!» для обозначения удовольствия от общения и двигательной активности.

Невозможность выделения в речи причинно-следственных связей между эмоцией и ситуацией, между поведением

и эмоцией (при этом ребенок может правильно понимать и даже выражать другими символическими средствами общий эмоциональный смысл ситуации и поведения). Например, девочка 8-ми лет, которая только что с чувством обыгрывала сцену прощания Дюймовочки с солнышком, на вопрос, почему Дюймовочка прощается с солнышком, почему ей грустно, сначала отвечает эхолоалиями, затем злится, кричит: «Не понимаю, не знаю, не хочу!».

Невозможность говорить о болезненном эмоциональном опыте (разлука, обида) у ребенка старше 3-х лет:

— диспропорция между способностью изобразить пугающий или слишком интенсивный опыт в игре и отрицанием этого опыта в речевом диалоге со взрослым;

— искаженное представление болезненного опыта как веселого, приятного.

6. Первичные искажения символической активности, усиливающие болезненный характер опыта. Чрезмерное использование примитивных защитных механизмов

Усиление болезненного опыта за счет проекции деструктивных импульсов на других людей или предметы, которые становятся источниками угрозы в представлениях ребенка:

— бредоподобная, фантастическая интерпретация нарушенной чувствительности. В дошкольном возрасте такие интерпретации часто возникают у ребенка с первичной анорексией. Например, ребенок 5-ти лет с изначально плохим аппетитом отказывается от еды, так как считает ее отравленной. Другой ребенок 4,5 лет с отсутствием чувства голода отказывается от твердой пищи, так как не может есть куски убитых живых существ, которые, по его мнению, и составляют основу твердой пищи. В школьном возрасте отказ от еды может сопровождаться представлением о ее греховности;

— бредоподобная интерпретация отказа от контакта. У ребенка с недостаточностью навыков общения негативная установка в контакте может усиливаться, если он по-особому ее интерпретирует. Например, мальчик 6 лет избегает глазного контакта в общении с незнакомыми людьми, так как уверен, что все чужие — плохие.

Усиление конфликтного содержания аффективных образов за счет идеализации своих деструктивных импульсов, направленных на эти образы (садо-мазохистские фантазии):

— фантазии, подкрепляющие манию величия, одновременно усиливают тревогу из-за боязни мести со стороны соперников¹. Например, мальчик с 5-ти лет играет в Создателя, проигрывает темы величия, тирании, устройства и разрушения мира (организует потоп и пр.).

Отрицание хорошего опыта, накопленного в общении со взрослыми²:

— как будто игнорирует все препятствия, находясь в состоянии, близком к маниакальному (в терминах Кляйн), отрицает свою зависимость от взрослых. Однако это состояние быстро проходит и при первой неудаче сменяется сильными депрессивными и агрессивными эпизодами. Возникают фантазии, усиливающие чувство беспомощности, никчемности (я никто, неудачник).

7. Нарушения личностной организации эмоционального опыта

Несформированность личностной идентификации:

— отсутствие «я» в речи у ребенка старше 3-х лет;

— отождествление себя с каким-либо частным видом активности. Например, мутичный ребенок 4-х лет, отождествляет свое Я с особой мышечной активностью, похожей на спортивную. Он забирается на самый верх шведской стенки, «играет бицепсами», бьет себя в грудь, вокализует с выражением триумфа;

— непонимание отношений родства, например, ребенок 4-х лет не может выделить мать.

Нарушения по типу мимики:

— путает личные местоимения (я = ты), часто подражает другим, называет себя различными именами в зави-

¹ Максимальное проявление проективной идентификации выражается в фантазии о вторжении внутрь интериоризованной матери (Meltzer, 1992; Dubinsky, 1997).

² Этот симптом может сочетаться с отказом от деятельности, если первая попытка оказалась неудачной, результат не соответствует образцу (патология третьего уровня).

симости от того, с внешними признаками какого человека (существа) идентифицируется;

— как правило, с этими признаками сочетается неустойчивость и позднее появление местоимения «я», сложности в определении возраста, половой принадлежности, как своей, так и других людей. Называет себя другими именами, стремясь занять положение того человека, которому завидует (например, называет себя именем младшего брата). Грубая недостаточность обобщения собственного эмоционального опыта ребенка может контрастировать со своеобразием и сложностью его отвлеченных интересов.

Неустойчивость личностной идентификации из-за расщепления личности на болезненную (в некоторых случаях психотическую) и более здоровую части:

— в более благоприятных случаях между этими частями личности сохраняется контакт, и ребенок от лица своей здоровой части пытается контролировать свои болезненные проявления. Например, ребенок 5-ти лет, только что свободно выражавший свои агрессивно-садистические влечения, внезапно стремится скрыть агрессивные фантазии и отменяет предыдущие высказывания («Утоплю, застрелю малышей!» превращается в «Утоплюсь!», «Надо стрелять в мишень!»). Аутоагрессия у ребенка 4-х лет сменяется его обращением к самому себе: «Не надо ему пальцы ломать!». Более тяжелым вариантом является деперсонализация с потерей чувства *Я*, при которой ребенок говорит: «Я никто».

Деперсонализация (без идентификации с определенными признаками человека — владельца имени):

— эмоциональная выхолощенность, пустота («я никто»), регресс к идентификации с животными у ребенка, личностная идентификация которого была устойчива на предшествующем этапе развития.

Диссоциация, фрагментарность личностного опыта:

— испытывает выраженные трудности в рассказе об эмоционально насыщенном опыте, при этом легко рассказывает о сложных, отвлеченных интересах;

— отказывается вспоминать или не может вспомнить;

- путается, грубо смешивает факты и вымысел;
- рассказывает только о фантастических персонажах, но не о себе;
- соскальзывает на побочные ассоциации;
- высказывания не связаны друг с другом и не образуют целостного рассказа.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ

I. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СИМПТОМОВ ПО УРОВНЯМ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ. Оценка тяжести и устойчивости симптомов

Первичная (невзвешенная) оценка представляет собой число обнаруженных у данного ребенка симптомов определенного уровня¹.

В результате такой оценки мы можем предварительно выделить те уровни, на которых патологические симптомы концентрируются, и уровни, более свободные от нарушений. Иными словами, мы определяем, какие аффективные нагрузки являются непереносимыми, а какие ребенок переносит хорошо или даже стремится к их усилению (например, как в случае «сенсорной жажды»). Особо выделяются такие аффективные нагрузки, на которые ребенок может дать как патологическую, так и более сохранную реакцию. Эти нагрузки высвечивают актуальные конфликты развития ребенка и показывают зону его ближайшего эмоционального развития (или регресса).

Далее мы определяем тяжесть (вес) каждого отдельного симптома. Симптомы могут быть оценены как тяжелые, легкие и умеренные. Тяжесть симптомов условно может быть выражена в баллах.

Тяжелые симптомы — это устойчивые симптомы, резко контрастирующие с допустимыми в данном возрасте и в норме симптомами, не имеющие более здоровых альтер-

¹ Число выявленных в результате первичной оценки симптомов всегда является приблизительным, так как мы располагаем неполной информацией.

натив, центральные¹. Эти симптомы значительно вмешиваются в развитие ребенка. Так, они отнимают у ребенка много энергии, тормозят его развитие, негативно влияют на его ближайшее окружение, особенно мать, таким образом затрудняя развитие привязанности между ней и ребенком, препятствуют социальной адаптации ребенка, ведут к возникновению других патологических симптомов. Примерами тяжелых симптомов являются тотальный мутизм, полная анорексия, тяжелая бессонница, генерализованные страхи, а также затяжное отсутствие ключевых новообразований эмоциональной сферы (см. с.146—152). Тяжелые симптомы оцениваются двумя баллами.

Легкие симптомы — неустойчивые, изолированные, периферические симптомы, сосуществующие рядом с более здоровым альтернативным поведением, являющиеся «заострением» допустимых в норме симптомов. Например, негативизм у ребенка 2—3-х лет, повышенная избирательность в еде, страх высоты, который ребенок сам же стремится преодолеть и т.д. Эти симптомы не оказывают сильного тормозящего влияния на развитие и нередко не замечаются матерью, особенно если ребенок в семье единственный (т.е. мать не сравнивает его развитие с развитием других детей). Эти симптомы могут быть оценены либо половиной балла, либо одним баллом.

Умеренные симптомы — это симптомы промежуточного типа. Они могут свидетельствовать о постепенном ослаблении тяжелой симптоматики или, напротив, возникать как результат постепенного усиления легких нарушений. К таким симптомам относятся избирательный мутизм, высокая избирательность в еде в сочетании с пониженным аппетитом, фиксация страха разлуки, неустойчивое использование личных местоимений и пр. В зависимости от характера динамики им присваивается один или полтора балла.

¹ По А.Н. Чеховой (1962), центральные симптомы — это первичные, достаточно стойкие явления, в известной степени определяющие дальнейшее течение болезни.

II. Профиль нарушений эмоциональной регуляции

Актуальный профиль нарушений эмоциональной регуляции соотносится с профилем нарушений эмоционального развития ребенка (см. п. II в «Анализе данных развития ребенка») в той степени в какой актуальные симптомы являются следствием асинхронии в появлении новообразований эмоциональной сферы, т.е. задержек, пропусков, опережений, фиксаций. Нарушения эмоциональной регуляции могут иметь и иное происхождение, например, быть результатом поломок или искажений уже сформированных образований. В этих случаях данные раннего развития могут содержать лишь отдельные указания на возможную неустойчивость эмоциональной регуляции.

Если тяжелые симптомы преобладают на всех уровнях, а доля легких и умеренных невелика, то нарушения носят тотальный характер. Если тяжелые симптомы сильно выражены лишь на некоторых уровнях, то нарушения парциальны, мозаичны. Если тяжелые симптомы единичны и концентрируются в пределах какого-либо одного уровня, то нарушение локальное.

Предполагается, что негрубое мозаичное и локальное распределение патологии лучше для прогноза, чем тотальная или «разлитая» патология¹ (см. рис. 2—4).

Как отмечалось выше, в случае преобладания явлений *искажения* эмоционального развития возможны пропуски или выпадение некоторых базальных форм аффективного реагирования при наличии более сложных форм (нередко неправильных). Например, у ребенка, у которого отсутствовал комплекс оживления (в норме более раннее образование, возникающее в возрасте 3-х месяцев), на несколько лет фиксируется страх чужих (в норме появляется в 5—6 месяцев и сохраняется на протяжении нескольких месяцев).

¹ Аналог в клинике: малые и большие синдромы, большие синдромы как генерализация патологического процесса (А.В.Снежневский).

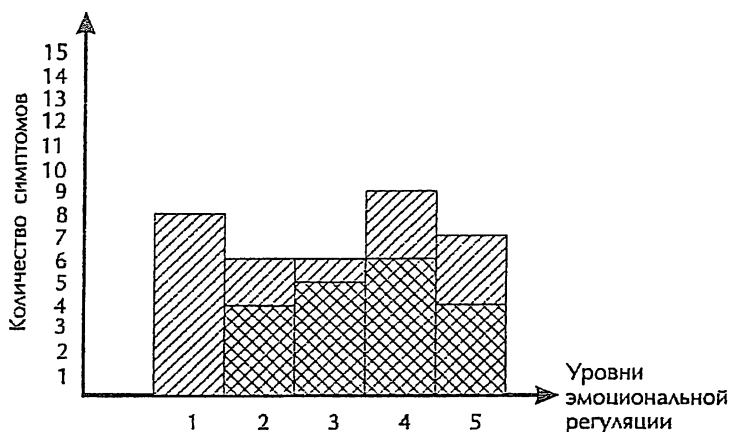


Рис. 2. Распределение симптомов по уровням эмоциональной регуляции¹: Е., девочка 7-ми лет, синдром РДА (эндогенного происхождения). Высокая концентрация тяжелых и умеренных (близких к тяжелым) симптомов по всем уровням:

□ — умеренные симптомы; ▨ — тяжелые симптомы.

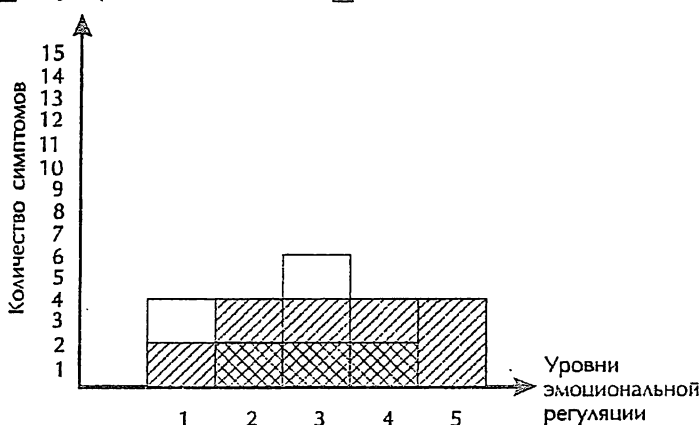


Рис. 3. Распределение симптомов по уровням эмоциональной регуляции: О., мальчик 6 лет 5 мес., невротизированный и психопатоподобный синдромы, хроническая эмоциональная депривация (до 1 года находился в Доме ребенка; с 1 года — в приемной семье, где его отвергала мать вплоть до отмены усыновления в возрасте 6 лет 5 мес.):

□ — легкие симптомы; ▨ — умеренные симптомы; ▨ — тяжелые симптомы

¹ Симптомы взяты более крупными единицами, чем при подробном разборе случаев в главе 4; например, различные виды стереотипий (второй уровень) объединены в один симптом.

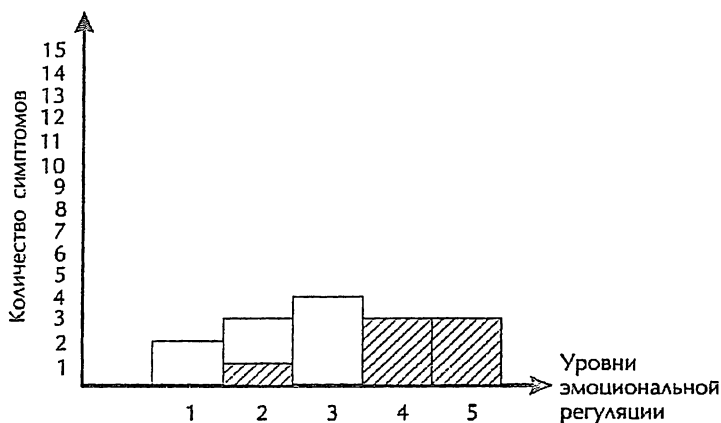


Рис. 4. Распределение симптомов по уровням эмоциональной регуляции: С., мальчик 6 лет 6 мес., неврозоподобный синдром (эмоциональная депривация: до 1 года 2 мес. находился в Доме ребенка). Низкая концентрация легких и умеренных симптомов, отсутствие тяжелых симптомов:

□ — легкие симптомы; ▨ — умеренные симптомы; ▩ — тяжелые симптомы

При явлениях искажения ребенок может не переносить строго определенные, часто элементарные виды аффективной нагрузки, хотя терпеливо переносит другие, подчас более сложные испытания. Например, высокоинтеллектуальный мальчик 7-ми лет терпеливо переносит длительную госпитализацию, во время которой оказывается в информационно и эмоционально бедной среде, в окружении детей с грубой задержкой развития. При этом он крайне болезненно реагирует на малейшую негативную оценку окружающих.

В случае преобладания явлений эмоционального *недоразвития (или задержки)*¹ более сложные формы аффективного реагирования, прежде всего такие, как символи-

¹ Отделить недоразвитие (необратимое отсутствие более сложных форм эмоциональной регуляции) от задержки в развитии эмоциональной регуляции в первые годы жизни практически невозможно, так как при очень существенной степени задержки более сложная форма поведения все же может возникнуть (иногда на несколько лет позже, чем в норме).

ческая переработка эмоционального опыта, просто не успевают возникнуть. Такой ребенок большинство воздействий игнорирует, не воспринимает их как относящиеся к себе требования среды. Для ребенка, находящегося на «досимволическом» уровне эмоционального развития, наиболее актуальны элементарные нагрузки первого, второго и частично третьего и четвертого уровней.

Повреждения или поломки в эмоциональном развитии означают нарушение той формы аффективного реагирования, которая раньше была нормальной (например, разрушение привязанности, резкое усиление агрессии по отношению к матери). В эмоциональной регуляции происходит резкое увеличение числа непереносимых аффективных нагрузок, с которыми на предшествующих этапах развития ребенок справлялся без особых усилий.

Столкновение новой формы аффективного реагирования, появившейся со значительным опозданием, с патологической формой, которая существовала до появления более прогрессивной, иногда дает впечатление *искажения*. Например, сохраняющиеся моторные стереотипии, усилением которых шестилетняя девочка раньше реагировала на приближение любого человека, создают своего рода помехи для впервые появившейся у нее реакции приветствия. Однако по мере упрочения более здоровой формы искажение значительно уменьшается. Это так называемые *конфликт-симптомы*, точка столкновения болезни и здоровой линии развития. Исход этого столкновения неясен, но появление компромиссных образований — прогрессивный шаг для ребенка с «застоем» в развитии.

Эмоциональному *недоразвитию* соответствует более равномерный профиль с большим количеством патологических симптомов в базальных уровнях и практически отсутствием символической регуляции. В случае преобладания *искажений* и *поломок* в эмоциональном развитии профиль эмоциональной регуляции будет неравномерным, с отдельными «взлетами» и провалами. У ребенка с легкими нарушениями, связанными с *неустойчивостью* адаптивного реагирования на некоторые виды аффективных нагрузок, профиль будет близким к норме, так как изолированные

симптомы не могут дать какой-либо значительной суммы нарушений даже в рамках отдельного уровня.

III. ДИНАМИКА СООТНОШЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ И БОЛЕЕ СОХРАННЫХ ФОРМ АФФЕКТИВНОГО РЕАГИРОВАНИЯ

Здесь необходимо ответить на два вопроса: 1) на каких уровнях концентрируются наиболее тяжелые устойчивые нарушения (положительных сдвигов нет)?; 2) где заметнее всего патологические симптомы вытесняются более здоровыми паттернами?

Если сохранное поведение длительно остается неустойчивым и проявляется в крайне ограниченных условиях, то вес симптома больше. Если же отмечается явное укрепление сохранного поведения и вытеснение им патологической симптоматики, то вес последней меньше.

При анализе истории раннего развития важно не пропустить данные о преодолении ребенком тяжелых нарушений, отметить признаки продолжающегося развития даже в период наибольшей концентрации тяжелых симптомов. Эти данные указывают на сохраняющуюся активность ребенка и позволяют строить более благоприятный прогноз.

Возможен такой вариант нарушенного развития, при котором ослабление патологического поведения в одной области, сопровождающееся появлением в ней более прогрессивных форм поведения, идет за счет ослабления и расшатывания сохранных форм поведения в другой области. Тогда, несмотря на отмечающееся ослабление патологического симптома, его вес не может быть уменьшен.

IV. СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ НАРУШЕНИЯМИ В КЛЮЧЕВЫХ ОБЛАСТЯХ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ: БАЗАЛЬНОЙ АФФЕКТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ, ПОВЕДЕНИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ И СИМВОЛИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИЙ

В первую очередь оценивается *структура нарушений*. Здесь нас интересует, как группируются симптомы отдельных уровней в более целостные регуляторные подсистемы, и какая из них страдает сильнее. Сначала оценивается выраженность нарушений базальной аффективной регуляции.

Под *базальной аффективной регуляцией* понимаются конституциональные особенности активности и аффективности ребенка, т.е. его темперамент. К нарушениям базальной аффективной регуляции относятся искажения восприятия этологически значимых стимулов (нарушения импринтинга, протопатической и модально-специфической чувствительности), в основе которых лежат нарушения аффективного тона опыта ребенка, ритма его психической активности, изменения влечений, расстройства психофизиологической саморегуляции (аффективные фиксации на определенных ощущениях, дисбаланс избегания и приближения), элементарного социального поведения (включая нарушения аффективного заражения и подражания, защитной агрессии). Таким образом, сюда относится основная масса симптомов, рассматриваемых как формы патологического аффективного реагирования в рамках первых трех уровней эмоциональной регуляции, а также нарушения эмоциональной коммуникации на четвертом уровне и нарушения предпосылок формирования символических регуляций на пятом уровне.

Поведение привязанности (см. в карте оценки третью часть четвертого уровня эмоциональной регуляции) предполагает способность ребенка регулировать собственное аффективное состояние, прежде всего негативное, с помощью матери или заменяющего ее взрослого. Поведение привязанности сложнее и имеет более длинную историю развития, чем

простой эмоциональный контакт, основанный на врожденных способах понимания и подачи эмоциональных сигналов, поэтому оценивается отдельно от нарушения базального аффекта.

Символическая регуляция эмоций оценивается с помощью основных пунктов, описывающих нарушения на пятом уровне эмоциональной регуляции (за исключением «Нарушений предпосылок формирования символической регуляции»).

Затем оценивается *возрастная динамика* симптомов в каждой из трех обозначенных областей. Как правило, по мере развития ребенка эпицентр нарушений смещается «снизу вверх». Так, если у младенца преобладают нарушения темперамента, то на втором году жизни отчетливо выступают нарушения привязанности и затем — недостаточность или искажения символической регуляции эмоций.

Определяется *ведущая координата* нарушения:

— от первичного нарушения базальной аффективной регуляции к нарушению поведения привязанности и нарушению символической регуляции эмоций. Например, аутистическая стимуляция с «прилипанием» к источнику приятных ощущений тормозит развитие символической активности;

— от первичного нарушения поведения привязанности, с одной стороны, к нарушению символической регуляции эмоций и, с другой стороны — к усилению нарушений базальной аффективной регуляции. Например, мальчик 6-ти лет, которого открыто отвергает приемная мать, пытается спроецировать ее агрессию на отца, которого мальчик порочит в своих фантазиях подобно тому, как мать порочит его самого. В то же время высокая тревога этого ребенка выражается в базальных симптомах (тики, гиперактивность);

— от нарушения символической регуляции к нарушению поведения привязанности и усилению базальной симптоматики. Например, бредовая установка у ребенка 5-ти лет («все чужие — плохие») является нарушением символической регуляции, усиливает негативизм по отношению к другим людям, провоцирует элективный мутизм. У ребенка усиливается восприимчивость ко всем сигналам, которые могли бы предупреждать об опасности,

т.е. постепенно добавляются симптомы нарушения базальной регуляции: анорексия, навязчивые движения защитного характера, отпугивающие гримасы.

Как правило, появление и закрепление более сложных, символических форм регуляции эмоций приводит к значительному уменьшению нарушений базального аффективного реагирования, т.е. резко уменьшается выраженность избегания, моторных стереотипий, истерических реакций. При этом расширяется диапазон переносимых аффективных нагрузок.

В патологии символические формы регуляции эмоций, в том числе наиболее ранние, базальные, остаются уязвимыми, неустойчивыми. Даже при небольшом увеличении силы аффекта или его болезненного характера такой ребенок легко регрессирует к более элементарным поведенческим формам аффективного реагирования. Диагностика условий, разрушающих символическую активность, необходима для определения фокуса психотерапии.

ГЛАВА 3

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ РАЗВИТИЯ И ПРОГНОЗ

Диагностика эмоциональных нарушений ребенка складывается из трех составляющих.

Помимо описанной выше оценки нарушений эмоциональной регуляции необходимо проанализировать данные развития ребенка с точки зрения своевременности проявления основных новообразований в аффективной сфере. Кроме того, следует учесть некоторые общие факторы, выходящие за пределы собственно аффективной жизни ребенка. Эти факторы характеризуют направленность и потенциал развития в целом, поэтому крайне важны для прогноза.

АНАЛИЗ ДАННЫХ РАЗВИТИЯ (С РОЖДЕНИЯ)

I. Условия развития: благоприятные и неблагоприятные факторы

Сильное негативное влияние на развитие оказывают следующие особенности раннего опыта ребенка:

а) материнская депрессия (дородовая, послеродовая и хроническая);

б) иное психическое заболевание матери, протекающее с выраженными и стойкими нарушениями эмоций и коммуникации;

в) физическое насилие (особенно в раннем возрасте);

г) ранний и продолжительный болевой опыт;

д) смерть матери или другого близкого человека, к которому ребенок был сильно привязан (особенно в возрасте до 5-ти лет);

е) длительные или повторяющиеся разлуки с матерью или заменяющим ее близким взрослым без полноценной замены (особенно в первые 3 года жизни);

ж) длительная госпитализация без матери¹;

з) любой другой опыт, заставивший ребенка испытать сильный страх (страх за свою жизнь — например, во время войны, пожара, или страх из-за силы собственных агрессивных желаний, который может отмечаться, например, при рождении младшего брата или сестры).

Особенно неблагоприятные последствия действия этих факторов отмечаются в период формирования привязанности и в подготовительный период, непосредственно предшествующий появлению Я ребенка (это достижение фиксируется появлением соответствующего личного местоимения в речи).

В некоторых случаях стойкие эмоциональные нарушения могут возникать, если причина с объективной точки зрения незначительна, ее сила не соответствует тяжести нарушений (тяжелый регресс после небольшого испуга). Такое несоответствие неблагоприятно для прогноза (собственные наблюдения).

Если действие какого-либо психотравмирующего фактора прекратилось, то это следует отметить как признак, повышающий вероятность того, что нарушенное развитие ребенка выправится. Среди других *благоприятных* факторов можно особо выделить психическое здоровье матери и близких ребенка. Например, наличие здоровых старших детей действует очень благотворно, поскольку они берут часть забот матери на себя, а также относятся к ребенку с нарушениями

¹ Особый случай представляет госпитализация ребенка с эмоционально-волевыми нарушениями. Воздействие госпитализации на ребенка неоднозначно. С одной стороны, в больнице ребенок, обладающий хотя бы небольшим компенсаторным потенциалом, вынужден отказаться от тех симбиотических или искаженных стереотипов общения, которые, к несчастью, часто составляют суть его взаимодействия с матерью. Он попадает в ситуацию вынужденной активности, в которой среда стимулирует развитие навыков выживания в группе себе подобных. С другой стороны, в самых тяжелых случаях отмечаются стойкие депрессивные реакции на разлуку, когда ребенок в больнице больше теряет, чем приобретает (собственные наблюдения).

развития прежде всего как к товарищу по играм, а не как к больному, нуждающемуся в особом подходе.

II. Возрастная динамика устойчивых новообразований в эмоциональной сфере¹

Определяется, с каким запаздыванием либо опережением появилось новообразование² (или же оно так и не появилось на момент последней оценки), а также скорость восстановления пропущенных на предшествующих этапах новообразований.

Критические периоды эмоционального развития в первые 3—3,5 года жизни распределяются так: 0—3, 3—6, 6—12, 12—18, 18—24, 24—36, 36—42 месяцев.

Новообразования, важные для эмоционального развития. Появление новообразований отражает, с одной стороны, избирательное повышение чувствительности ребенка к определенным воздействиям среды (которые мы называем аффективными нагрузками) а, с другой — развитие устойчивых способов аффективного реагирования на эти воздействия.

Одним из признаков нарушений является отсутствие или неустойчивость перечисленных здесь «подготовительных»

¹ Имеются в виду следующие новообразования (перечислены с соблюдением последовательности появления в онтогенезе): улыбка; комплекс оживления или реакция приветствия; лепет; страх чужих и страх разлуки с матерью; способность подлаживать свое эмоциональное состояние под состояние матери и ориентироваться на ее сигналы во время свободного исследования окружения; наличие переходного объекта; появление местоимения «я» в речи как признак психологического отделения от матери; способность к регуляции эмоций с помощью символов (игровых, образных, речевых).

² За единицу асинхронии эмоционального развития в первые три года жизни берется сдвиг на один критический период. Сдвиг менее, чем на один критический период, оценивается как легкий (появление коммуникативной улыбки в 5 месяцев, а не в 2—3 месяца, как положено в норме); на один — как умеренный (появление улыбки в 8 месяцев); на два — как выраженный (появление улыбки в год); на три и более — как очень грубый (например, протест против разлуки с матерью появляется не в 5—6 месяцев, а в 5 лет).

паттернов¹ и новообразований. Например, если у ребенка отсутствовали улыбка и лепет на протяжении всего первого года жизни, то вряд ли мы можем ожидать, что он будет искать эмоциональной оценки матери во время самостоятельного обследования пространства на втором году жизни.

Другим проявлением нарушения является выпячивание, изолированное развитие, фиксация каких-то отдельных паттернов или новообразований. Например, ребенок овладевает жестом несогласия «нет», но не использует онтогенетически более ранний жест «да».

В основу перечисленных здесь новообразований положены данные разных авторов (*Gesell*, 1974; *Spitz*, 1945; *Bowlby*, 1969, 1973; *Ainsworth et al.*, 1978; *Winnicott*, 1958/2002; *Изард*, 1980, 1999; *Brazelton & Cramer*, 1990; *Field*, 1984, 1996; *Trad*, 1986, 1990; *Бернштейн*, 1990; *Никитина*, 1993 и др.), а также данные собственных наблюдений за «условно нормальным» развитием наиболее адекватных детей в Доме ребенка и за нормальным развитием детей в семьях.

Период от рождения до 3 месяцев. Основными новообразованиями этого периода являются следующие:

а) способность младенца самостоятельно *менять свое физиологическое состояние* (плавно переходить от возбужденного к спокойному состоянию²; младенец в 3 месяца может вести эмоциональный диалог с матерью или заменяющим ее человеком, чередуя общение с паузами для отдыха); установка цикла «сон—бодрствование»;

б) четкое выделение объектов по признаку «*живое—неживое*» (ребенок отличает механическое движение от живого в эксперименте); эмоциональное оживление, *улыбка на лицо* человека;

в) выработка особых *предпочитаемых способов контакта с матерью* (поза при тактильном контакте — в первые 6—8 недель; ритм глазного контакта — в 8—14 недель; голосовой контакт — 3 месяца) на основе различения опыта по признаку «приятное—неприятное».

¹ Например, подготовительными паттернами для такого новообразования, как поведение привязанности, являются отдельные виды контакта между ребенком и матерью.

² При этом тенденция к заражению аффектом от матери сохраняется в качестве ведущей.

Период от 3 до 6 месяцев. В этом возрасте ребенок уже может в течение некоторого времени терпеть отсрочку удовлетворения желания (например, в случае голода) благодаря следующим новообразованиям:

а) некоторому запасу *стереотипов взаимодействия с матерью*, которые позволяют предвосхищать приятное событие (ждать и надеяться);

б) самостоятельной активности, направленной на поддержание состояния комфорта (сосание пальца, куска одеяла и другие виды *аутостимуляции*).

Быстрое развитие эмоционально-выразительной экспрессии, явное удовольствие от общения с матерью позволяют ребенку взять на себя *активную роль* в таком взаимодействии.

В 6 месяцев отмечаются признаки быстрого формирования *привязанности*; дифференциация взрослых по признаку «свой—чужой»; *страх чужих*; малыш исследует черты взрослого, активно играет с ним в «ку-ку» (6—10 месяцев), что является одним из признаков формирования постоянства объекта. Формируется целостный образ матери, о чем свидетельствует *страх разлуки с матерью* или замещающим ее человеком. Появляется способность реагировать *депрессией на разлуку с матерью*.

Одновременно складывается *рудиментарный образ физического Я*: ребенок исследует свои ручки, играет с ножками, проявляет интерес к своему отражению в зеркале.

Дальнейшее развитие устойчивости к фрустрации в ситуации взаимодействия с неживыми объектами: ребенок проявляет *устойчивый интерес к игрушке*, который выражается в его стремлении взять привлекательную игрушку, даже если она упала.

В этот период ребенок обнаруживает первые признаки символической регуляции своего поведения. Появляется *лепет*, который Винникотт (2002б) называл *первым перходным объектом*.

Период от 6 до 12 месяцев. Значительное усиление *страха чужих* свидетельствует о дальнейшем формировании особых отношений привязанности к близким людям. Регуляция эмоций ребенка в этот период в значительной степени осуществляется за счет участия матери. Ребенок использует мать как *безопасную базу для исследования* неживой и

социальной среды. Интерес к новым предметам (ослабление страха новизны), а также стиль взаимодействия со средой (активность, агрессивность, тормозимость, пассивность) на этом этапе сильно зависят от качества привязанности между ребенком и матерью.

Развитие символической регуляции происходит здесь в форме *жестовой коммуникации* и активного использования *переходного объекта* в процессе психологического отделения от матери.

Период от 12 до 18 месяцев. В рамках поведения привязанности отмечается расширение репертуара поведения привязанности к матери *в свободной от стресса ситуации* (ребенок целует и обнимает мать ради взаимного удовольствия, а не только требуя помощи в ситуации опасности)¹.

Развиваются навыки коммуникации с более широким кругом людей (близких, других детей): появляются *диалогические игры* (в мяч), *способность делиться, просить*, используя отдельные слова и жесты. Ребенок выражает свое согласие, кивая головой (жест «да», 12—16 месяцев), чуть позже — несогласие раскачиванием головы из стороны в сторону (жест «нет», 14—18 месяцев).

К 12 месяцам малыш четко *ориентируется на эмоциональные сигналы матери* во время исследования окружающего. Максимальный страх разлуки с матерью, отмечаемый в этом возрасте, связан с тем, что мать по-прежнему обеспечивает безопасность ребенка в период усиления экспансивных тенденций и исследовательского поведения, связанного с быстрым развитием ходьбы, в то время как собственная символическая регуляция ребенка еще очень слабая. В этом возрасте выражена *реакция следования* за матерью.

Появляется *автономная речь* с преобладанием аффективно окрашенных обобщений, понятная только ограниченному кругу близких людей. В течение нескольких месяцев в речи ребенка доминирует аффект, *овладение интонационной стороной высказывания* опережает развитие речи. Ребенок экспериментирует с интонированием и ритмом

¹ В более раннем возрасте привязанность используется преимущественно для контроля негативных состояний младенца, т.е. в стрессовой ситуации.

речевого высказывания (чистые интонации, слова непонятны, но образуют структуру предложения)¹.

Развитие и дифференциация физического образа Я: ребенок узнает себя в зеркале, показывает части тела на себе. Выражает симпатии и антипатии к определенным людям. Предпочитает определенные игрушки.

Период от 18 до 24 месяцев. Быстрое развитие *агрессивного поведения* вследствие уменьшения страхов, связанных с пространством и таким образом ограничивающих активность. Агрессия и экспансия несколько ограничиваются стереотипами, на соблюдении которых настаивает ребенок (может отказываться от новой пищи, любит один и тот же маршрут на прогулке и т.п.).

Конец второго года жизни — *«эпоха стереотипий»*² (Бернштейн, 1990): в речи они представлены в виде *эхолалии* (как способы овладения образцом произношения); в моторике — в особых повторяющихся движениях (кружится, танцует под музыку); в быту — в том, что ребенок любит рутинные события дня и ожидает их.

Для этого периода характерны сильный эгоцентризм, ревность. Ребенок протестует против запретов матери. Возможно депрессивное настроение, предшествующее психологическому отделению от матери (появлению местоимения «я» в речи).

Социализация поведения в кругу сверстников: обмен игрушками с другим ребенком, возвращение игрушки ее владельцу; не только дает игрушку, но и показывает ее другому.

Развитие символической регуляции выражается в отказе от автономной речи. Ребенок стремится все увиденное

¹ В норме в ходе дальнейшего развития интонационная сторона высказывания интегрируется с содержательной стороной. Однако при недостаточном интеллекте способность правильно передавать эмоциональный смысл сообщения может сохраняться в течение всей жизни. Известен случай взрослого имбецила, который, не понимая содержания, при чтении стихов («Евгений Онегин») тонко чувствовал и верно передавал с помощью жестов и интонации эмоциональный компонент текста (личное сообщение Э.С.Печниковой).

² Т.е. ребенок получает особое удовольствие от повторяющихся движений и действий.

обозначить *общепринятым языком*, называет предметы «для взрослого», в диалоге с ним.

Устойчивость к фрустрации повышается за счет развития *способности к символическому представлению чувств, конкретных желаний в игре*. Ребенок понимает юмор, старается повторить действие, вызвавшее смех взрослых.

Период от 24 до 36 месяцев. Первый пубертатный период¹. Желание утвердить себя как автономную от матери личность временно берет верх над другими задачами аффективного развития. В этот период происходит быстрое развитие различных аспектов образа Я (Сухарева, 1959).

Ребенок *использует местоимения «я», «мой», ценит и защищает свою собственность* (становится жадным), узнает себя на фотографиях. Он знает о половых различиях и половой принадлежности — как себя, так и других людей. Усиливается *сексуальное влечение*.

В этом возрасте в норме усиливается *негативизм*: ребенок экспериментирует с границами дозволенного, игнорирует эмоциональные сигналы матери даже в объективно опасной ситуации, сопротивляется помощи. Говорит требовательным, громким голосом, склонен быть маленьким «диктатором».

На фоне усиления давления влечений и ослабления регуляции со стороны матери ребенок становится крайне неустойчивым к фрустрациям, дает вспышки ярости по незначительному поводу, демонстративен.

Одновременно с усилением аффективной экспансии продолжается развитие эмоциональной коммуникации.

Ребенок *становится терпимым к негативным состояниям близких людей* и даже активно пытается *утешить близких*, если им плохо (в отличие от простого заражения материнской тревогой, как это было на предшествующих этапах). Начинает слушаться (сознательно принимает социальные барьеры).

В игре с другими детьми чаще использует *вербальную агрессию* и *квазиагрессивные* (т.е. имитирующие агрессию,

¹ Этот период характеризуется значительными физиологическими и гормональными сдвигами (развивается гипофиз, созревают надпочечники) и вегетативными изменениями (сходными с вегетативным неврозом).

но без болевого эффекта) действия, а также *символические действия* (например, дает и получает что-то понарошку).

Период от 36 до 42 месяцев (возможно раньше). В символической игре ребенок выражает *темы разлуки и потери*, т.е. проявляет выносливость по отношению к собственному болезненному эмоциональному опыту, стремится понять и упорядочить его.

Необходимо выяснить, наблюдалось ли *вместо* появления ожидаемых новообразований в критические периоды развития ухудшение поведения (например, усиление страхов, аутостимуляции, негативизма, искажение влечений)¹.

На основе анализа динамики эмоционального развития ребенка делается вывод о соотношении явлений искажения, задержки и неустойчивости новообразований эмоциональной сферы, а также их пропусков.

Мы выделяем следующие профили нарушений эмоционального развития: искаженный (сложные новообразования сочетаются с отсутствием более примитивных); грубо или негрубо задержанный (новообразования запаздывают); неустойчивый (новообразования находятся в «пассиве», редко используются ребенком).

III. РЕГРЕССЫ И ЯВЛЕНИЯ НЕУСТОЙЧИВОСТИ В РАЗВИТИИ, ИХ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Здесь имеются в виду регрессы (откаты) в самых разных областях развития, связанные с неспособностью ребенка справиться с определенной аффективной нагрузкой. Регрессировать могут не только психические функции и навыки, но и новообразования аффективной сферы (привязанность, коммуникативная речь, личностная идентификация и дру-

¹ Например, на втором году жизни, когда мальчик И. должен был начать говорить, его влечения растормозились и исказились (ел ворс, выл, заворачивался голый в одеяло, постоянно двигался, раскачивался и прыгал, как зверь в клетке). В дальнейшем подобная симптоматика усиливалась несколько раз, причем именно в моменты ожидаемого прорыва речи. Последний период обострения влечений и усиления мышечной аутостимуляции (катался голый по земле и осыпал себя ею) отмечался за полгода до появления речи (что произошло только в 5 лет 6 месяцев) (собственные наблюдения).

гие), а также формы аффективного реагирования на психические нагрузки.

Известно, что регрессы отмечаются и в норме. Это главным образом регрессы следующих видов.

Во-первых, в ситуации, вызывающей страх, в ослабленном состоянии после болезни или вечером в состоянии усталости новообразования, находящиеся в стадии формирования, могут оказываться недоступными для ребенка (кратковременный регресс навыков).

Во-вторых, в тех же условиях эмоционального истощения любой маленький ребенок, скорее всего, прибегнет к менее зрелым и более мощным по своей защитной функции формам реагирования на аффективные трудности (регресс эмоциональной регуляции).

В-третьих, возможен временный откат, возвращение к более простой, но соответствующей возрасту форме поведения после периода *преждевременного* использования более прогрессивной формы¹.

В-четвертых, возможен временный неустойчивый регресс поведения и способов аффективного реагирования в ситуации рождения младшего ребенка в семье.

И в норме, и в патологии отмечается регресс, связанный с потерей интересов к довольно узкой, факультативной, области развития. В этих случаях ребенок почти полностью утрачивает интерес к тому, что было его сверхценным увлечением на протяжении некоторого времени, и становится менее успешным в этой области².

¹ Например, ребенок, опрятный с полугодовалого возраста, достигнув полутора лет, отказывается ходить на горшок, но при этом с удовольствием рассаживает кукол на горшки и заботится об их чистоте.

² Мы наблюдали мальчика 4-х лет, который в 2 года собирал сложные мозаики (пазлы из 42 частей), затем перешел к коллекционированию машинок, затем увлекся разрядным строением числа. При переключении интереса на новую область уровень достижений в области прежних интересов становился неустойчивым, так как эти достижения переходили в латентную форму, в пассив. Поэтому во время тестирования мальчик мог и не справиться с головоломкой, которую легко собирал два года назад (хотя иногда он все-таки мог и собрать ее).

Необходимо отделить патологический регресс от регресса, допустимого в норме. Ниже перечислены несколько признаков патологического регресса.

1. Возрастной (временной) аспект:

а) *возраст*, начиная с которого стали отмечаться регрессивные явления в поведении ребенка. При тяжелых нарушениях эмоциональной регуляции практически любое новообразование остается неустойчивым, т.е. регрессивные тенденции отмечаются с раннего возраста. Наши наблюдения показывают, что регресс психических функций и навыков (речи, опрятности) на втором году жизни подготавливается несформированностью ряда новообразований в аффективной сфере (прежде всего поведения привязанности) на фоне низкой психической активности ребенка.

б) *длительность и регулярность* регресса. К патологическим формам регресса по этому параметру относятся следующие.

Во-первых, это «привычный» ежедневный регресс, при котором любая новая форма поведения или способность настолько неустойчивы, что необходима ежедневная специальная работа по восстановлению «забытого» материала.

Во-вторых, это повторяющийся, «волнообразный» регресс, при котором развитие ребенка представляет собой чередование слабых продвижений вперед, за которыми следуют регулярные откаты.

Например, мы наблюдали нескольких детей, у которых такой волнообразный характер регрессов отмечался в рамках развития речи. Начиная с годовалого возраста и до 3-х—4-х лет периодически в течение нескольких недель эти дети произносили простые слова типа «мама», «папа», «баба», затем прекращали говорить на 2—3 месяца и затем снова повторяли попытку. Такие многократные неудачные попытки восстановления правильного хода развития сопровождались усилением разнообразных моторных стереотипий. Как правило, это наблюдалось у пассивных детей с неблагоприятным прогнозом.

В-третьих, это устойчивый регресс, за которым последовал продолжительный застой в развитии (до нескольких лет).

При затяжном регрессе неизбежны *фиксации* тех форм поведения, к которым регрессировал ребенок, с последующей

их изоляцией и особым аффективным насыщением. Эти формы используются ребенком для аутостимуляции. Так, можно наблюдать своеобразную искусность лепета или автономной речи, с богатством интонаций, иногда «чистую интонацию» в виде мычания или иных звуков, имитирующих язык животных у детей 3—5 лет, которые регрессировали на эту стадию с более высокого уровня в возрасте 1,5—2 лет.

в) *возрастная динамика регрессивных тенденций*. Помимо данных наблюдения, здесь используются данные беседы с матерью или близкими ребенка. Вопросы, задаваемые матери, формулируются психологом в выражениях типа «Можно ли сказать, что Ваш ребенок стал лучше в последнее время?», «Были ли периоды резкого ухудшения в его развитии, и когда это было?».

В патологии регрессивные тенденции в развитии детей дошкольного возраста наиболее сильны в периоды, соответствующие максимально высокой скорости развития в норме (от 2-х до 5-ти лет). Очевидно, что чем в более раннем возрасте новообразования станут устойчивыми, тем раньше ребенок начнет накапливать свой багаж развития, тем благоприятнее прогноз.

2. Глубина регресса. Чем глубже регресс, тем более примитивным является то поведение, которое используется ребенком взамен утраченного.

О глубине регресса можно судить по наличию или отсутствию признаков *латентной активности*.

Латентная активность — это неявное, подспудное овладение некоторыми знаниями и навыками, без пошаговой развернутой отработки навыка в совместной деятельности со взрослым. Например, ребенок в 2—4 года в период длительного регресса активной речи (мутизма) может продолжать накапливать словарь (в пассиве), самостоятельно научиться читать некоторые слова, а также произносить слова в определенных ситуациях, «на аффекте». Для выявления зон латентной активности требуется длительное наблюдение за ребенком, а также создание ситуаций вынужденной активности.

3. Полнота регресса. При полном регрессе ребенок утрачивает не только новые, еще не устойчивые, интенсив-

но развивающиеся навыки и способности, но и уже сформированные, устоявшиеся образования. Чем полнее регресс, тем меньше областей развития, свободных от него.

4. Обратимость регресса. Регресс является обратимым, если произошло восстановление нормального хода развития утраченной функции, новообразования, способа аффективного реагирования.

На практике чаще приходится сталкиваться с *частичной обратимостью* регресса. Например, утраченная функция восстанавливается в измененном виде или после восстановления продолжает развиваться своеобразно. Так в нашей практике был случай, когда до регресса речи ребенок пользовался довольно полноценной речью, используя основные семантические элементы языка¹, прежде всего «я» как центр речевой активности. После регресса к состоянию мутизма, которое продолжалось в период с 2-х до 4-х лет, этот мальчик стал говорить цитатами, утратив ощущение себя как центра речевой коммуникации.

Необратимый регресс может означать распад функции, однако вплоть до латентного периода (младший школьный возраст) остается надежда, что регрессировавшее образование может быть восстановлено.

5. Соответствие тяжести регресса силе патогенного воздействия (причине). Как показывают наши наблюдения, представление, что психологически понятный регресс является более легким, обратимым, чем регресс, возникший якобы без внешних причин, не оправдывается. Самый разный негативный опыт может спровоцировать необратимые изменения развития на патологической почве, т.е. при слабости новообразований и неустойчивости предшествующего развития. Распространенной характеристикой этого опыта является острое переживание ребенком угрозы для собственной жизни. Такое переживание у ребенка первых трех лет жизни возникает в условиях сильной хронической боли (тяжелое заболевание, сильные ожоги), внезапного испуга (окунули в реку, увидел страшный фильм, укусила собака, поперхнулся пищей), внезапной длительной разлуки с близким взрослым.

¹ О семантических элементах языка см.: *Вежбицкая*, 2001.

Регресс в результате потери внимания близкого взрослого (например, в результате рождения младшего ребенка в семье) у детей до 3-х лет чрезвычайно распространен и в норме, однако в патологии его глубина и устойчивость максимальны (вплоть до утраты собственного Я).

Регресс, произошедший в определенный критический период эмоционального развития без внешних травматических воздействий, может быть понят как логический итог «псевдонормального» (Tustin, 1972) развития на предшествующем этапе.

6. Регресс как ограничение, накладываемое самим ребенком на определенную область деятельности, в которой он считает себя неуспешным. Например, ребенок 3-х лет отказывается от рисования из-за того, что не выносит несоответствия своих рисунков образцу, в том числе и воображаемому. Анна Фрейд (1993) подобные отказы называет «ограничением Я». Эпизодически такое поведение может встречаться и в норме. В патологии отказ очень упорный. Например, в случае неуспеха в рисовании, ребенок может не брать в руки карандаши в течение нескольких месяцев или даже лет после неудачной попытки.

IV. Соотношение между деструктивным и конструктивным, творческим, началами

Структура нарушений. Наиболее общими линиями выражения деструктивных тенденций являются *негативизм и сила регрессивных тенденций*.

Патологический негативизм используется ребенком для недопущения, уничтожения или отрицания хорошего опыта, в том числе и полученного им в общении с близкими людьми.

Негативизм может проявляться как отвержение ребенком следующих форм воздействия на него со стороны близкого взрослого:

а) успокаивающих форм воздействия в ситуации, когда ребенок испытывает тревогу или страх различной природы. Ребенок отвергает попытки взрослого успокоить его с помощью объятия, прикосновения, ласкового обращения, не может использовать человеческое тепло для регуляции своего состояния. Это наиболее ранние формы не-

гативизма, которые могут наблюдаться уже у младенцев.

б) запрета, наказания. Эти формы воздействия используются взрослым для прекращения агрессии, разрушительного, а также открытого сексуального поведения ребенка и обычно вызывают у него чувства вины и стыда. В патологии эффективность этих форм воздействия недостаточна. В этом случае в поведении ребенка легко возникает садистическая агрессия, атаки на мать или других близких, открытое сексуальное поведение по отношению к ним¹, порча предметов, которые представляют ценность для самого ребенка или его близких.

в) похвалы, совместного переживания с ребенком радости, восхищения чем-то красивым и чувства триумфа. В норме это важно для поддержания усилия ребенка в выполнении трудного задания, для преодоления чувства беспомощности, для восстановления сил после значительных энергетических затрат. В патологии, когда этот механизм закрепления успеха, хорошего эмоционального состояния нарушен, ребенок склонен к разрушению продуктов своей деятельности. Он рвет или зачеркивает свои рисунки, рушит постройки, портит красивую одежду и вещи — как свои, так и близких людей.

г) предложения любых форм совместной деятельности, которые отвлекают ребенка от его текущей активности.

Главным критерием, помогающим отличить негативизм как патологическое явление от негативизма как возрастного симптома (характерного для любых возрастных кризисов), следует считать ясную связь последнего с утверждением ребенком своего Я, а также незатронутость негативизмом существенной части коммуникации между ребенком и взрослым в норме.

В патологии негативизм приобретает прежде всего характер атаки на эмоциональную связь и коммуникацию в

¹ Садистическая агрессия и открытое сексуальное поведение по отношению к родителям в патологии часто присутствуют одновременно. Ярким примером из нашей практики может быть мальчик 6-ти лет, который спал голым с матерью, имитировал половой акт с ней, настаивал на том, чтобы она его обнимала в то время, как он ходил в туалет. По отношению же к отцу ребенок был настоящим садистом (отрезал ему сосок, бил в половые органы).

целом (*Meltzer, 1975a*), переставая выполнять свою первоначальную функцию утверждения Я.

В целом, стремление и способность использовать помощь взрослого при аффективных трудностях можно считать проявлением силы позитивной линии развития, линии интеграции опыта в отличие от тотального негативизма, свидетельствующего о силе разрушительных тенденций.

Второй, более общей, чем негативизм, линией выражения деструктивных тенденций является *сила регрессов* по сравнению с устойчивостью прогрессивных образований. Данные по выраженности регрессов специально рассматриваются выше в оценке общей динамики развития (п. III).

Кратко повторим здесь, что в норме состояния регресса кратковременны, неглубоки и захватывают определенную форму поведения или аффективного реагирования, но не развитие в целом. В патологии это соотношение часто оказывается обратным. В наиболее тяжелых случаях регресс может развиваться стремительно, захватывая различные области развития, не встречая сопротивления со стороны процессов, направленных на интеграцию новообразований. В случаях умеренной тяжести регресс останавливается, но более примитивная форма поведения фиксируется.

Проявления *творческого, конструктивного* начала основываются на способности ребенка сохранять, накапливать и использовать хороший опыт, прежде всего опыт, полученный в общении с близкими людьми. Сюда относятся:

а) способность использовать помощь взрослого для регуляции своего эмоционального состояния;

б) поведение, направленное на исправление последствий своей агрессии, а также стремление не причинять неудобства близким людям;

в) позитивное отношение ребенка к новым достижениям во всех областях развития и способность разделять радость и положительные эстетические переживания с близкими людьми.

В патологии деструктивные тенденции проявляются особенно сильно в критические периоды развития, когда ребенок отказывается практиковать актуальный для его возраста навык или способность. Это своеобразный «негативизм развития». Возможно, он возникает в том случае, если имеющих-

ся у ребенка предпосылок недостаточно для устойчивого функционирования новообразования. В раннем возрасте «негативизм развития» особенно силен в сензитивный период для развития символической активности, в частности, речи.

Возрастная динамика. К счастью, деструктивные тенденции, даже в том случае, если они выражены очень сильно, могут быть уменьшены при изменении условий развития и, что особенно важно, при осознании ребенком своих импульсов и овладении ими с помощью близкого взрослого.

Прогноз

Обобщая результаты анализа данных раннего развития и методики оценки нарушений эмоциональной регуляции, можно выделить следующие показатели, увеличивающие вероятность хорошего прогноза. Неблагоприятными для прогноза являются факторы, противоположные перечисленным ниже.

1. Отсутствие или прекращение действия хронического дестабилизирующего фактора развития.

2. Быстрое восстановление новообразований и форм поведения, пропущенных на предшествующих этапах развития, приближение к возрастным нормативам, а также прогрессирующее развитие более сложных способов эмоциональной регуляции, прежде всего символической активности; отчетливая положительная динамика в ходе специальных занятий с психологом и другими специалистами (логопедом, дефектологом).

3. Усиление с возрастом творческого, конструктивного начала по сравнению с уменьшением выраженности регрессивных тенденций и деструктивных проявлений.

4. Заметное увеличение с возрастом способности терпеть ограничения или отсрочку удовлетворения желаний; успешный опыт преодоления тяжелых аффективных нагрузок.

5. Устойчивая безопасная привязанность к матери или заменяющему ее взрослому, способность использовать помощь взрослого для регуляции своего состояния при относительно слабо выраженном негативизме¹.

¹ Напротив, неблагоприятным признаком является сочетание симбиотической привязанности и сильного негативизма.

6. Относительно сильный уровень символической регуляции эмоций, т.е. устойчивое развитие способности представлять символически, трансформировать в воображении, понимать болезненный и/или сильный эмоциональный опыт. Поскольку с развитием этой способности особенности базальной эмоциональной регуляции (темперамента) становятся менее существенными, то чем более своевременным, быстрым, устойчивым является развитие символической активности, тем лучше для прогноза.

7. Частные способности (музыкальные, художественные, математические и др.), позволяющие ребенку развить определенные интересы.

8. Относительно автономный характер нарушений эмоциональной регуляции, которые не вмешиваются грубо в общее развитие ребенка, не препятствуют его адаптации в детском коллективе и семье.

ПРОБЛЕМА ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Прогноз является конечной и самой важной целью диагностики тяжести эмоциональных нарушений в дошкольном возрасте. Этот вопрос жизненно важен для близких больного ребенка, а также для всех специалистов, которые с ним работают. Мы попытались выделить несколько ключевых параметров, которые следует проанализировать в первую очередь, если мы делаем попытку прогноза развития ребенка с эмоциональными нарушениями, особенно если они носят выраженный характер. При этом необходимо помнить несколько общих правил.

Для более точного прогноза необходимо собрать как можно больше информации, хотя даже в самом идеальном случае она останется *неполной*.

Кроме того, эта информация может быть *противоречивой*, поскольку сведения о раннем развитии ребенка, полученные из разных источников, а также оценки текущего поведения, данные различными специалистами-экспертами, могут значительно отличаться друг от друга.

Любой, даже самый тщательный, прогноз будет *приближительным*, так как эмоциональное развитие многомерно и происходит в постоянно меняющихся условиях.

Достоверность прогноза развития ребенка-дошкольника с выраженными эмоциональными нарушениями повышается, если он основывается на анализе данных длительного *клинического наблюдения*. Прогноз, составленный по данным одного-двухразового экспериментального обследования, неизбежно является грубым и очень приближительным.

Процедура прогнозирования развития должна представлять собой серию *последовательных попыток прогноза на короткий срок с дальнейшей ретроспективной оценкой их достоверности*.

Прогноз на длительный срок менее достоверен из-за невозможности учета всех перемен во внешних и внутренних условиях развития, которые ожидают ребенка в будущем. Чем младше ребенок, тем менее точным является прогноз его дальнейшего развития.

Так, нарушения в развитии ребенка, отмечаемые на первом году жизни, могут быть успешно преодолены в дальнейшем. Это касается прежде всего младенцев, воспитывающихся в условиях эмоциональной депривации, а также части недоношенных детей, детей с перинатальными энцефалопатиями (Бардышевская, 1997; Луковцева, 2002). Однако те же самые нарушения могут оказаться и первыми признаками хронических расстройств развития.

«Плохой» прогноз развития ребенка с тяжелыми ранними нарушениями развития легче объяснить с точки зрения теорий развития, в которых главное место отводится процессам психофизиологического созревания. Согласно этой модели, наиболее ранние образования составляют базу для последующего развития, причем сензитивные периоды для ряда наиболее важных ранних образований (например, для глазного или голосового контакта с матерью) достаточно жестко привязаны к определенному временному отрезку, часто исчисляемому всего лишь в неделях. Пропуски этих периодов означают появление «пустот» в фундаменте развития, что может предвещать неустойчи-

вость последующего процесса развития со склонностью к регрессам и даже распаду.

Не произошедшие вовремя или неудавшиеся координации между различными линиями развития поведения дают о себе знать усилением тревоги, аффективной дезорганизацией. Подобно тому, как ребенок, не сумевший справиться с заданием во время тестирования, сердится или обижается, ребенок, развитие которого протекает асинхронно, беспорядочно, отличается грубо выраженной эмоциональной неустойчивостью, высокой готовностью негативных эмоций и патологических форм реагирования в ответ на минимальные нагрузки.

Предположение, что ранние нарушения могут быть хорошо скомпенсированы с возрастом, можно принять со следующими оговорками.

Во-первых, если в основе этих ранних отклонений лежат сильные депривационные факторы, действие которых в дальнейшем прекращается.

Во-вторых, если эти отклонения носят избирательный, неравномерный характер (т.е. нарушения единичные). Длительное отсутствие сразу нескольких ключевых паттернов (например, улыбки, комплекса оживления, активного сигнального поведения, лепета) искажает или значительно задерживает формирование таких сложных новообразований, как привязанность, невербальная и вербальная коммуникация, образ Я, автономная исследовательская активность.

В-третьих — и это самое важное — если ребенок сам активно пытается преодолевать свои нарушения. Приведем несколько примеров такой активности. Годовалый ребенок с некоторыми аутистическими чертами ищет близкого контакта со взрослым, несмотря на неспособность справиться с возбуждением, сопутствующим такому контакту. Ребенок того же возраста с детским церебральным параличом пытается вставать и активно исследует окружение, несмотря на ограничение движений. Девочка 6-ти лет пытается справиться с пугающим ее опытом насилия в воображении, проигрывая в фантазиях разные варианты поведения в угрожающей жизни ситуации.

Параметры оценки динамики развития, важные для прогноза

Общие сведения о ребенке и его семье
АНАЛИЗ ДАННЫХ РАЗВИТИЯ (С РОЖДЕНИЯ)¹
I. Условия развития: благоприятные и неблагоприятные факторы.
II. Возрастная динамика (пропуски, задержка или опережающее появление) новообразований в эмоциональной сфере. Скорость восстановления пропущенных новообразований. Профиль нарушений эмоционального развития: искаженный (сложные новообразования сочетаются с отсутствием более примитивных); грубо или негрубо задержанный (новообразования появляются с запаздыванием); неустойчивый (новообразования находятся в «пассиве», редко используются ребенком).
III. Регрессы и явления неустойчивости в развитии, их зависимость от эмоциональных нарушений.
IV. Соотношение между деструктивным и конструктивным, творческим, началами.
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ²
I. Распределение симптомов по уровням эмоциональной регуляции (в зависимости от сложности аффективной нагрузки). Оценка тяжести и устойчивости симптомов: А) типы аффективных нагрузок, которые являются непереносимыми для ребенка. Варианты патологического реагирования на эти нагрузки; Б) типы аффективных нагрузок, с которыми ребенок может справиться, но не всегда (конфликтные зоны). Зоны столкновения нормального и патологического реагирования; В) типы переносимых аффективных нагрузок.
II. Профиль нарушений эмоциональной регуляции: А) тотальные устойчивые тяжелые нарушения, связанные с непереносимостью большинства оптимальных для данного возраста аффективных нагрузок; преобладание грубой задержки развития эмоциональной регуляции;

¹ См. гл. 3.² См. гл. 2.

Б) неравномерные нарушения, связанные с избирательной непереносимостью аффективной нагрузки определенной сложности; преобладание явлений искажения эмоциональной регуляции; В) легкие нарушения, связанные с неустойчивостью адаптивного реагирования на некоторые виды аффективных нагрузок; преобладание неравномерной задержки эмоциональной регуляции.
III. Динамика соотношения патологических симптомов и более сохранных форм аффективного реагирования. На каких уровнях нет положительных сдвигов? Где заметнее всего патологические симптомы вытесняются более здоровыми паттернами?
IV. Соотношение между нарушениями в ключевых областях эмоциональной регуляции: базальной аффективной регуляции, поведения привязанности (способности с помощью взрослого регулировать аффект и негативные эмоции) и символической регуляции эмоций. Ведущая координата нарушений.
ПРОГНОЗ
Соотношение благоприятных внешних и внутренних факторов развития (психическая активность, интеллект, интересы, привязанность, способность терпеть, сильная символическая регуляция, сильная тенденция к накоплению хорошего опыта) и факторов, мешающих нормальному развитию. Влияние нарушений эмоциональной регуляции на развитие в целом.

Прогноз эмоционального развития ребенка более сложен, чем прогноз его интеллектуального развития. Это связано с тем, что эмоциональная регуляция сложнее интеллектуальной. Кроме того, временные эмоциональные сбои отмечаются в развитии практически любого ребенка, особенно в периоды возрастных кризисов.

Из-за более высокой неустойчивости эмоционального развития по сравнению с интеллектуальным, мы можем ожидать в этой области более мощных сдвигов в условиях

стрессовых воздействий различной природы. Довольно распространенной точкой зрения на последствия таких сдвигов является представление об энергетическом истощении организма в случае чрезмерной интенсивности или длительности действия стрессового фактора (Селье, 1982). Действительно, в некоторых случаях последствия такого сдвига могут стать катастрофическими. Однако возможен и прямо противоположный исход. Под воздействием стрессового фактора после периода дезорганизации психической активности возможно переупорядочивание системы эмоциональной регуляции и даже ускорение психического развития¹.

Следовательно, прогноз развития ребенка в каждом конкретном случае — это «штучная» кропотливая работа, которая никогда не сможет дать стопроцентного попадания.

Поэтому в своей работе мы *не ставим задачи выделить группы детей со сходным развитием* на основании того, что один или даже несколько его параметров имеют сходную динамику на определенном отрезке их жизни.

Наша цель — показать *высокую вариативность* развития как между детьми, так и для конкретного ребенка (индивидуальные различия).

В таблице 1 приведены некоторые важные для прогноза параметры и «путеводитель» по этим параметрам. Выделенные нами параметры являются результатом клинических наблюдений за развитием 39 детей (9 девочек и 30 мальчиков) с тяжелыми нарушениями эмоциональной регуляции в возрасте от 3 до 11 лет. Длительность наблюдений составляет от года до шести лет.

В таблице диагностические данные излагаются в следующем порядке. Сначала даются общие сведения о ребенке и

¹ Так, мы наблюдали повышение психической активности у девочки 6-ти лет после перенесенного в течение полугода реактивного состояния, близкого к психотическому, вызванного трагической гибелью любимого брата. До трагического случая умственное развитие девочки было значительно задержано, после выхода из субпсихотического состояния развитие ускорилось и девочка смогла успешно учиться в массовой школе.

его семье. Затем анализируются данные раннего развития. Здесь выявляются особенности структуры и динамики основных новообразований аффективной сферы в период, предшествующий первому обследованию. Описание феноменов ранней аффективной жизни ребенка позволяет предположить, какие именно механизмы эмоциональной регуляции формировались неправильно. Далее оцениваются нарушения эмоциональной регуляции на момент обследования (желательно, чтобы таких обследований было несколько и они включали элементы психотерапии). В заключении делается попытка прогноза.

В главе 4 представлены два примера оценки развития детей с тяжелыми нарушениями эмоциональной регуляции по предложенной здесь схеме¹. При разборе конкретного случая акцент ставится на анализе действительно «играющих», подвижных характеристик развития ребенка. Именно эти характеристики определяют индивидуальные особенности эмоциональной жизни ребенка, потенциал и границы его развития.

¹ Рассматриваются истории развития двух девочек, с которыми автором велась длительная психотерапевтическая работа. Эта работа представляла собой игровую терапию, в которой была сделана попытка интегрировать поведенческий (этологический) и психоаналитический подходы. С одной из девочек (Анной) психотерапия проводилась под супервизией Алекса Дубинского, детского психотерапевта из клиники Tavistock в Лондоне. Однако в контексте данной работы, посвященной диагностике тяжести эмоциональных нарушений у детей, мы опускаем собственно терапевтические моменты.

ГЛАВА 4

ПРИМЕРЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

СЛУЧАЙ ПЕРВЫЙ. АННА¹

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ²

Девочка из семьи национального меньшинства. Мать — преподаватель английского и немецкого языков в гимназии, отец — рабочий на ЗИЛе. Кроме работы в гимназии, мать дает частные уроки.

Мать в течение 10 лет лечилась от бесплодия до того, как забеременела Анной. Девочка родилась переносенной. Мать кормила ее грудью до 1 года 2-х месяцев. Когда Анне исполнилось 1 год 3 месяца, мать вышла на работу. Она уходила, когда Анна еще спала, и приходила, когда та уже спала. Анна была под присмотром бабушки и дедушки, которые говорили между собой на национальном языке. Бабушка вела хозяйство, с Анной практически не занималась. С «упрямством» Анны бабушка пыталась справиться с помощью ремня. Так как Анна — физически сильная и рослая девочка, то наказания нередко превращались в драку между ней и бабушкой.

У матери часто бывает пониженное настроение, нарушен сон. До начала обучения Анны мать была погружена в работу (готовилась к урокам не только вечерами, но и очень

¹ Имена изменены.

² Дата рождения — 02.07.1990. Регулярные занятия с Анной проводились с мая 1995 г. по июнь 1999 г. Последняя встреча с девочкой состоялась 12.01.2002.

ранним утром), давала частные уроки до позднего вечера, при этом занималась бегом по утрам, до уроков в школе.

Основные этапы раннего развития Анны мама помнит очень плохо — только некоторые болезненные проявления: в 1,5—2 года у девочки нарушился сон, она начала биться головой об стену, онанировать, убегала от матери во время прогулок, хватала понравившиеся ей предметы из рук прохожих. Дома была агрессивной, рвала, портила и выкидывала вещи матери. Мать стеснялась Анны с самого раннего детства: гуляла с ней в лесу ночью. При этом Анна далеко убегала, находилась вне пределов видимости матери, попадала в ситуации, угрожающие ее жизни, например, заходила в пруд. Мать особенно не волновалась за Анну, когда та убегала.

Отец бывал дома чаще, чем мать. Анна привязалась к отцу: спала с ним в одной постели, играла с ним. Однако мама запретила совместный сон Анны и отца, так как подозревала, что их отношения имеют сексуальный оттенок.

Когда Анне исполнилось 4 года, в самый день ее рождения, отец покинул семью, подал заявление на развод и не звонил в течение года. Состояние Анны в этот момент ухудшилось. (Отец вернулся в семью, когда Анне было 5,5 лет, т.е. приблизительно через 8 месяцев после начала занятий с ней).

В этом возрасте девочку проконсультировали в НИИ коррекционной педагогики, где ей был поставлен диагноз «параутизм, психопатоподобный синдром». В течение последующих двух лет структуру нарушений расценивали как «синдром раннего аутизма», «умственная отсталость легкой степени».

После ухода отца мама решила социализировать Анну, повела ее в детский сад, где Анна не удержалась из-за трудностей в поведении. Тогда мать привела девочку в театральный кружок, чтобы там развить ее навыки общения.

Здесь я [М.Б.] впервые увидела Анну. Она сильно кричала, падала на пол, билась головой об стену, запрещала закрывать дверь, чтобы во время занятия видеть мать. В целом ее поведение напоминало поведение обезьянки,

которую с рождения воспитывали в изоляции и затем неподготовленной выпустили в стадо. На попытки успокоить, переключить ее внимание на игры и игрушки девочка отвечала усилением крика.

После окончания занятия Анна, воя и выкрикивая нечленораздельные звуки, подбежала к матери, которая попыталась одеть девочку. Однако Анна моментально вырвалась из ее рук. Она стукнула мать, помчалась по коридору и выбежала на улицу, забралась на качели и начала яростно раскачиваться на них. Мама не делала попыток ловить девочку во время ее импульсивных пробежек по детской площадке, так как поймать ее было невозможно. Мать пошла в сторону дома, Анна побежала вслед за ней, то опережая, то отставая от нее, но идти с ней рядом не могла. Девочка двигалась хотя и быстро, но неуклюже, падала, больно ушибалась, поднималась, не отряхиваясь и не жалуясь на боль. Это первое впечатление от Анны как от мощного дикого существа, вырвавшегося из клетки, но страдающего из-за невозможности найти себе естественную нишу, подтверждалось еще не раз.

Именно на этом этапе (в 4 года 9 месяцев) началась психотерапевтическая работа с Анной, включающая наблюдение за динамикой ее состояния, продолжавшаяся до момента поступления девочки в школу (до 8-ми лет). В дальнейшем встречи с Анной и ее семьей имели характер наблюдения, отслеживания подвижек в состоянии девочки.

Анализ данных развития (с рождения)

I. Условия развития: благоприятные и неблагоприятные факторы

Неблагоприятные факторы. Раннее и дошкольное детство Анны прошло в условиях выраженной эмоциональной и социальной депривации:

— депрессии и чрезмерной занятости (недоступности) матери (мать испытывает трудности в общении: избегает глазного контакта, говорит невыразительным тихим голосом, очень суетлива);

- частых физических наказаний;
- ранней языковой и социальной депривации;
- долговременной (в возрасте от 4-х до 5,5 лет) разлуки с отцом (из-за так и не завершенного развода родителей), к которому девочка была привязана;
- неоднократных неудачных попыток социализации, которые вызывали у девочки сильный страх из-за ее неподготовленности к общению в группе детей.

Благоприятные факторы. Эти факторы стали действовать только после достижения девочкой 5 лет:

- возвращение отца в семью (когда Анне было 5,5 лет);
- занятия в детских группах (с целью подготовки к школе) и в детском хоре;
- обучение основным навыкам чтения, письма, счета (проводилось родственниками и приглашенными учителями);
- поступление в массовую школу (коррекционный класс); интенсивные занятия с матерью, ранее практически не занимавшейся с девочкой;
- перевод во вспомогательную школу (в IV классе) с более адекватными ее уровню развития требованиями.

Следовательно, действие фактора эмоциональной и социальной депривации значительно уменьшилось по сравнению с первыми годами жизни Анны.

Мы предполагаем и постараемся это доказать, что тяжесть описанных ниже расстройств может быть частично объяснена фактором ранней эмоциональной депривации.

II. Возрастная динамика новообразований в эмоциональной сфере

Мы располагаем очень неполной информацией о раннем развитии девочки из-за того, что ее мать плохо помнит эти сведения.

Можно предположить, что некоторые ранние эмоциональные проявления (типа улыбки, правильно координированной с глазным контактом и эмоционально насыщенным, живым голосовым общением, безопасным тактильным контактом) возникали в младенчестве, но по причине недостаточности обратной связи от матери из-за ее депрессии или недоступности не закрепились.

Это предположение основывается на том факте, что в целом Анна — любящая, теплая девочка, которая способна к сильной и устойчивой привязанности, испытывает благодарность за заботу о ней. За очень короткий срок она сформировала устойчивую привязанность к психологу, которая сохраняется на протяжении многих лет даже в условиях редких встреч в последние 2,5 года.

По-видимому, в ранние годы условия депривации не позволяли Анне сформировать привязанность к матери или ее родителям, а привязанность к отцу была искаженной из-за сексуальных моментов в общении между ними. Из-за слабости регуляторной функции привязанности девочка в основном была вынуждена опираться на наиболее примитивные механизмы саморегуляции, приближенные к инстинктивным. Это моторные стереотипии, используемые для разрядки напряжения; прямое выражение влечений через мастурбацию и агрессию; защитное избегание (пряталась под кроватями, на шкафах, за мебелью); элементы бродяжничества.

В 5,5—6 лет (со значительным опозданием) у Анны появились следующие самые элементарные новообразования в общении с матерью (соответствующие стадии импринтинга), показывающие, что Анна стала выделять мать как важного для нее человека (для сравнения в скобках указаны возрастные нормативы). Следует отметить, что перечисленные ниже паттерны либо неустойчивы, либо избирательно нарушены, либо грубо искажены:

- *реакция приветствия* на приход матери все еще неустойчива, может не заметить ее прихода (норма — 3 месяца);

- *страх разлуки* сохранялся до 4-х лет (плакала, когда мать оставляла ее дома со своими родителями) (в норме страх разлуки проходит к трем годам), затем в 6 лет страх разлуки возобновился;

- *реакция следования* за матерью:

- стала отслеживать, где находится мать, постоянно подходить к ней (даже когда мама находилась в туалете), но только в домашних условиях (в норме страх разлуки в доме может быть сильно выражен с 6 до 18 месяцев);

● стала иногда следовать (но не идти рядом) за ней на улице, при этом могла и убежать. В целом, следует лучше за другими взрослыми (например, идет рядом с малознакомым мужчиной) (в норме ребенок, начинающий ползать или ходить, т.е. приблизительно на втором году жизни, следует за матерью);

— *эмоциональное заражение* от мамы, но только отрицательными эмоциями (плачет, когда мама плачет; сердится еще больше, когда мама сердится); некоторые формы социального поведения в общении Анны с матерью к 6 годам так и не возникли;

— *тактильный контакт*. Тактильного контакта с матерью избегает до сих пор, никогда не было (норма — с рождения), чувствует себя на руках скованно, не может долго сидеть, но девочке нравится, когда ее «быстро» обнимают. Иногда подходит, хочет, чтобы ее обняли, но быстро пресыщается. Никогда не обнимает мать по собственной инициативе. Никогда не расслабляется на коленях у матери; может расслабиться, когда сидит одна в своей комнате со своими вещами, слушает музыку;

— *ориентация на эмоциональные сигналы матери в ситуации свободного исследования*. Недостаточность этого поведения наиболее ярко обнаруживается на улице, где Анна не учитывает оценку матери для выбора определенной стратегии поведения (норма для такой ориентации — 9 месяцев). Анна бегает за птицами, выхватывает вещи у других людей, ищет крыс и кошек в подвалах, несмотря на выражения недовольства матерью;

— *поведение, направленное на разделение эмоционального опыта с матерью*:

● не пытается показать матери новые игрушки, подаренные другими людьми. Игрушки, подаренные матерью, ломает (в норме ребенок ясно обнаруживает свое желание показывать матери заинтересовавшие его предметы в конце первого года жизни);

● не сопереживает, не жалеет мать, если та расстроена (в норме ребенок способен пожалеть мать на втором году жизни);

— *отсутствие естественных форм поведения, стимулирующих материнскую заботу:*

☉ не пытается вызвать заботу матери плачем (плачет мало и недолго). Чаще злится и привлекает к себе внимание матери скорее деструктивным поведением (рвет и портит вещи), чем лаской или плачем;

☉ не испытывает боли и не жалуется, когда падает или ударяется.

Тот факт, что даже врожденные формы эмоционального контакта наиболее сильно угнетены *именно в общении с матерью*, указывает на депривирующее влияние с ее стороны.

В ходе совместных занятий Анны с матерью возникли формы «учебного контакта», которые составляли суть их отношений в 8—11 лет:

— стала просить помощи у матери (норма — начало второго года жизни);

— стала подражать матери (норма — последняя четверть первого года жизни);

— стала слушаться мать и выполнять ее инструкции, однако не с первого раза и пока только в рамках учебных заданий;

— ведет диалог с матерью — формальный и стереотипный, как в тестовых заданиях.

Таким образом, более жестко структурированная и формализованная учебная ситуация предполагает дозированный эмоциональный контакт, который в данных условиях существует у Анны в более зрелых формах, чем в ситуации непосредственного эмоционального общения. Из искаженных патологических образований у Анны довольно долго (до 8 лет) сохранялись измененные влечения по отношению к матери, однако сейчас девочка направляет их в основном на бабушку и дедушку.

Так, с раннего детства до 8-ми лет девочка проявляла по отношению к матери садистическую агрессию. В младенчестве Анна щипала ее за грудь. В 5,5 лет агрессия, направленная на мать, была максимальной. Это можно объяснить действием нескольких факторов: возвращением отца в семью, усилившейся в связи с этим ревностью к

матери, возросшей ревностью к детям, которых учила мать. В это время девочка очень грубо «играла» с матерью: ударяла с разбега головой в живот, когда она лежала; ударяла головой ей в спину, когда она готовилась к урокам; раскачивала стул, на котором она сидела; выбрасывала словари и учебные материалы матери в окно.

Ряд элементарных новообразований, которые отсутствовали или формировались с большим запаздыванием в общении между Анной и матерью, легче возникали в общении с другими людьми: отцом, психологом, учительницей. По словам мамы, когда девочка играет с отцом, у нее лицо становится симпатичным, даже красивым. Когда он ее гладит, Анна зажмуривается, закрывает глаза от удовольствия. Раньше девочка засыпала с папой, но в возрасте 6-ти лет мать запретила это и стала укладывать девочку спать сама.

Интересно, что Анна после возвращения отца в семью постепенно стала ласковей и по отношению к матери. Из-за одновременного усиления агрессии и ласки отношения между Анной и матерью приобрели острый конфликтный характер.

Фиксация на тактильном взаимодействии со взрослым в первые два года занятий несколько сдерживала развитие привязанности между Анной и психологом, однако это не могло существенно помешать данному процессу. В общении с психологом уже с 7-ми лет Анна устойчиво ориентировалась на эмоциональный подтекст диалога, схватывала на лету эмоциональную оценку психологом ее поведения, понимала юмор, легкую насмешку, пыталась шутить сама. Формы поведения, свидетельствующие о теплом контакте (проявления ласки, охотное подражание и сотрудничество, способность к совместной игре), появились уже в первые недели занятий и оставались устойчивыми на всем протяжении нашего знакомства. Имели место и агрессивные выпады, однако они, как правило, отмечались ближе к концу занятия, когда Анна выражала свой протест против их окончания, причем агрессия была символической, смещенной, незавершенной; Анну можно было отвлечь или договориться с ней.

Однако в целом в общении с людьми Анна оставалась достаточно стереотипной, фиксировалась на определенных, опробованных ею ранее формах общения, в эффективности которых она была уверена (например, задавала определенные вопросы), что говорит о сохраняющейся тревоге даже в объективно безопасных условиях общения. Кроме того, развитие эмоциональной привязанности к другим людям задерживалось из-за вмешательства влечений. Так, эмоциональная близость для Анны с самого начала означала и близость физическую, сексуальную (на занятиях с психологом она пыталась выключать свет, терлась о ее ноги, гладила колготки, прижималась щекой к ее щеке).

Устойчивое употребление «я» и понимание своей автономии от других людей сложилось к 5-ти годам (с запаздыванием на 3 года).

Аня стала активно использовать символы (в рисунке, в игре) для выражения и переработки своего эмоционального опыта в 5—5,5 лет (в норме — с 1,5 лет). Преимущественно выражала негативные аспекты своего опыта — страхи, агрессию — через прорисовку отдельных, сильно пугающих ее деталей образа. Безопасные и опасные образы на рисунках не смешивала с самого начала их рисования.

Таким образом, можно сделать вывод, что для Анны характерна сильная неравномерность и запаздывание в появлении новообразований, составляющих ядро эмоциональной привязанности, а также других форм поведения, для развития которых необходим опыт хорошей надежной привязанности.

Привязанность между Анной и ее мамой явно недостаточная, с явлениями грубой задержки и искажений. В течение всего дошкольного возраста эмоциональная связь между ними носила характер острого конфликта. Об этом свидетельствует резкое усиление агрессии и стереотипного поведения Анны в присутствии матери и непростроенность форм близкого контакта между ними, несмотря на сильнейшую потребность девочки в таком контакте. Моменты брутального, садистического выражения влечений подменяли собственно эмоциональное общение.

К моменту последнего исследования недостаточность эмоциональной привязанности между ними частично маскируется более формальным взаимодействием по типу обучения и дрессуры и по-прежнему искажается значительной долей агрессии (физическое воздействие как элемент дрессуры со стороны матери и сопротивление Анны).

Среди причин такого стойкого искажения привязанности следует выделить непереносимость эмоционально бедной матерью близких отношений с дочерью, влечения которой с рождения отличались особой силой.

В общении с другими людьми Анна выступает как более интегрированная личность, с более разнообразными и достаточно тонкими формами эмоционального реагирования и понимания, чем в общении с матерью.

Такая неравномерность в очередной раз указывает на роль фактора материнской депривации в том, что целый ряд способов эмоциональной регуляции оказался для Анны недоступным или не востребованным вовремя. Возникнув позже, они неизбежно приобрели выраженные черты искажения. До сих пор, хотя и в меньшей степени, чем в 5 лет, у Анны сохраняется диспропорция между очень сильной потребностью в близости с другим человеком и недостаточностью основных форм (т.е. техники) общения и эмоциональной регуляции.

Профиль эмоционального развития можно охарактеризовать как неравномерно задержанный, с искажениями.

III. РЕГРЕССЫ И ЯВЛЕНИЯ НЕУСТОЙЧИВОСТИ В РАЗВИТИИ, ИХ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Регрессивные явления в сфере влечений. С 1,5 до 5,5 лет при любом барьере (запрете), источником которого были ее близкие, девочка начинала мастурбировать, сосать бутылку, прижав колени к груди, или открыто выражала агрессию (пинала мать ногами, портила вещи), расковыривала ранки на коже. Анна мастурбировала до 5,5 лет открыто, позже пряталась под кроватью или уходила в другую комнату и плотно закрывала за собой дверь.

Стимулом для начала мастурбации могла служить какая-либо деталь игрушечного животного, обозначающая половые различия (например, вымя у коровы).

Явления неустойчивости в развитии крупной моторики. Анна — крупная, плотная девочка, довольно неуклюжая, негибкая. Она часто травмировалась в детстве (отчасти из-за отсутствия присмотра со стороны взрослых, поскольку в 4—5 лет нередко гуляла одна, убегала от них). Обучение ее гимнастическим движениям на уроках ритмики давало очень неустойчивые результаты, поскольку произвольные движения были трудны для Анны, вызывали у нее неудовольствие и большое напряжение, часто прерывались разрядами стереотипных движений (прыжков, раскачиваний головой). До сих пор, хотя и в несколько меньшей степени, эти движения составляют фон психической активности Анны.

Явления неустойчивости в развитии мелкой моторики. Сложные предметные действия неустойчивы из-за очень высокого тонуса мышц рук. До школьного возраста сохранялись трудности при одевании, раздевании.

Анна, научившись писать в 8 лет, до сих пор пишет, зажав ручку в кулаке, несмотря на неоднократные попытки ее переучить. Разряды стереотипных движений при выполнении письменных заданий в основном включают мышцы кисти и носят характер незавершенной агрессии (это скребушие, шиплющие движения пальцами в сочетании с угрожающим взглядом в глаза взрослому, с которым она занимается).

Таким образом, явления неустойчивости в моторной сфере отчасти связаны с нарушениями аффективной регуляции. Сложные произвольные движения и действия легко разрушаются при уже небольшом увеличении аффективного напряжения.

Регрессивные явления в игре, конструктивной деятельности, рисунке. Игра в наибольшей степени отражает глубинные эмоциональные конфликты Анны, очень напряженные и стойкие, поэтому регрессивные явления в этой области наиболее выражены (см. главу 3). Однако симво-

лизация этих конфликтов была прогрессивным шагом в развитии девочки, так как позволяла контролировать реальные аффективные импульсы и облегчала взаимодействие Анны с другими людьми в реальности.

Символическая игра с момента ее появления была перенасыщена аффектом, служила средством выражения влечений, в том числе садистических.

В игре с выдуманными ролями девочка могла развить небольшой сюжет, который на протяжении нескольких лет сводился к темам ухода за маленькими хорошими существами и изоляции, наказания плохих, злых хищников, с периодическим смешением ролей (т.е. заботилась о хищниках и расправлялась с детенышами и наоборот).

Анна легко регрессировала к элементарным, контактным формам взаимодействия с предметами, однако это было не элементарное обследование, а скорее выражение агрессии, прежде всего оральной. Она засовывала в рот мелкие игрушки или их части (преимущественно головы от маленьких кукол), подолгу перекачивала их языком во рту, как будто жевала; также мяла, сжимала, разрывала более крупные игрушки на части (на протяжении первых трех лет занятий). При этом она сама походила на хищника. Например, играя с маленьким медвежонком, Анна улыбается ему, смачно целует его, а затем засовывает его голову в рот целиком, как будто хочет съесть.

Игра с игрушками, напоминающими материнскую грудь, вызывала у Анны сексуальное возбуждение: она стискивала игрушку (например, надувной мяч) обеими руками, засовывала в рот клапан, с вождением сосала его, при этом ритмично сжимала с максимальной силой его стенки.

Иногда сюжетная игра или иное конструктивное занятие Анны прерывалось из-за вмешательства «обнаженных» влечений, прежде всего пищевого, сексуального и оральной агрессии. Так, воду, в которой смывали краску с кисточки, или мыльную пену для мыльных пузырей Анна нередко выпивала, причем с особым удовольствием. На улице в этом возрасте (5 лет) Анна отнимала у малышей соски и сосала их.

Иногда игра разрушалась из-за вмешательства деструктивных импульсов: девочка внезапно хватаящими движениями сгребала и смешивала в кучу все игрушки. Как правило, такие моменты возникали после того, как ее внимание останавливалось на страшной для нее игрушке (например, крокодиле) или отдельной опасной детали.

В конструктивных играх в первые несколько месяцев занятий (в 5 лет) в случае трудностей Анна отказывалась от более сложного способа действия (например, составление целой картинки из кубиков), подменяя его более простым (выкладывала кубики в ряд, не пытаясь составить картинку). Однако в дальнейшем интерес к обучению, сотрудничеству усилился. Анна быстро выучилась собирать сложные мозаики, стала охотно и много рисовать, любила рассматривать книжки с картинками, стала слушать чтение взрослых.

Уже в первые месяцы наблюдения за девочкой регрессивные тенденции во время занятий заметно уменьшились. Однако в том случае, если девочку оставляли одну (что все еще часто случалось), она не могла себя занять. Новый игровой материал, который мама приносила и оставляла для Анны, вызывал у нее усиление тревоги (из-за отсутствия необходимых навыков обращения с ним). Анна портила его в первый же день. По-видимому, она очень злилась, если у нее что-то не получалось, и обижалась, что ее опять оставили в четырех стенах без поддержки. Поэтому она тотчас же ломала все фломастеры, размазывала пластилин по комнате, разрывала страницы в детских книжках.

На момент начала занятий навык рисования сформирован не был, девочка отказывалась рисовать сама, однако охотно рисовала, когда психолог держала ее руку в своей руке. Образы, которые она пыталась создать, всегда носили яркий аффективный характер и обязательно помечались Анной как «хорошие» (мишка с соской, поросенок в коляске) или «плохие» (волк страшный, крокодил зубастый) (см. рисунки Анны).

Спустя несколько месяцев после начала занятий, получив только самые элементарные навыки обращения с иг-

ровым материалом и немного хорошего опыта общения с заботящимся о ней взрослым, Анна стала смело пользоваться новыми навыками, причем не только на занятии с психологом, но и самостоятельно. Хотя Анна по-прежнему большую часть времени проводила в своей комнате одна, однако вместо мастурбации и деструктивных действий она часами играла и рисовала. Следовательно, первоначальный контраст между достаточной компетентностью в игре, изобразительной и конструктивной активностью при эмоциональной поддержке взрослого человека и полным разрушением активности в одиночестве можно частично объяснить эмоциональной депривацией.

Явления неустойчивости, фиксации и искажения в развитии речи. Речевое развитие было неравномерным. В первые три месяца занятий (последняя четверть пятого года жизни) отмечались эхолалии, однако было видно, что это уже пройденный этап в развитии девочки.

Когда Анне было 5 лет, для коммуникации она пользовалась преимущественно стереотипными фразами. Это были ассоциации-штампы по поводу определенного предмета или игрушки (например, на фигурку крокодила поет песенку крокодила Гены из мультфильма) либо комментирующая речь и высказывания, с помощью которых Анна регулировала свое поведение («Буду на диване сидеть», «Не буду собаку стукать!», «Не бойся, нельзя бить головой!»).

Наиболее выраженный, хотя и очень кратковременный, регресс коммуникативной речи отмечался при возникновении малейшего препятствия в общении с мамой. Так, девочка визжала на разные лады, хрюкала (при этом она и вела себя, как дикий зверь) в ответ на просьбу мамы потерпеть несколько минут, пока она разговаривает с другим взрослым (учительницей).

В течение следующих нескольких лет русскому языку обучалась скорее как иностранному, повторяя один и тот же вопрос несколько раз и требуя одного и того же ответа у взрослого. В речи отмечались аграмматизмы, которых скорее можно было бы ожидать от иностранца, постигающего азы русского языка, чем от пятилетней девочки. (Напри-

мер, Анна задавала вопросы типа: «Что они делают на собаку?»; ответ: «Они смотрят на собаку».) Овладение вопросными формами, начиная с самых простых вопросов «что это?» и «кто это?», потребовало от девочки особых усилий. Сначала Анна овладела общими вопросами («Это платье желтое?») и только потом — специальными («Какого цвета это платье?»).

Эти особенности можно объяснить несколькими причинами. Во-первых, могли иметь место врожденные трудности в овладении языком. Во-вторых, сыграли свою роль условия двуязычия, которые были усилены эмоциональной и социальной депривацией девочки в первые годы ее жизни. В-третьих, свой вклад мог внести и особый подход мамы к обучению Анны русской речи (мама Анны — учительница английского и немецкого языков в гимназии). В-четвертых, не исключено, что девочка ревновала мать к ее профессии, поэтому развитие в сверхценной для мамы области шло с искажениями.

Так, девочка легко усваивала некоторые сложные слова иностранного происхождения (преимущественно названия животных: мармозетка, эрдельтерьер, геккон, кайман, могла их нарисовать, назвать места их обитания, рассказать, чем они питаются, как размножаются). Особый интерес вызывала жизнь земноводных, особенно крокодилов, которых Анна одновременно очень боялась. Настольной книгой Анны с 6-ти лет остается «Жизнь животных», причем интерес очень узкий, избирательный (том «Земноводные и пресмыкающиеся»).

Явления неустойчивости школьных навыков. Овладение элементарными навыками чтения, письма, счета давалось Анне с трудом. Родственницу, которой первоначально было поручено заниматься с Анной этими предметами, девочка выгоняла из дома, атаковала ее. Сменили несколько учителей; учитель-мужчина вызывал сильный страх, Анна плохо усваивала материал.

Существенного продвижения в овладении этими навыками удалось добиться только тогда, когда мать сама стала заниматься с Анной. Однако в течение первых месяцев уроки матери нередко вызывали у девочки аффективные

вспышки. Использовалась жесткая дрессура с применением физических наказаний, иначе девочка отказывалась учиться.

Знания были неустойчивыми, неравномерными. Так, чтением Анна овладела довольно быстро, а с решением задач были трудности. Все, что требовало хорошей механической памяти, например, таблицу умножения, специальные термины, Анна усваивала долго, но прочно, и с удовольствием демонстрировала свои познания.

Однако мать Анны считает, что даже те области, в которых девочка продвигается быстрее, требуют ежедневной дополнительной тренировки. Вероятно, фактор недостаточного осмысления формальных схем в настоящий момент играет здесь большую роль, чем выученная беспомощность, связанная с ранней эмоциональной депривацией.

Понимание прочитанного текста остается слабым. Девочка понимает и правильно воссоздает причинно-следственные связи на нейтральном материале, однако понимание аффективно насыщенного текста нередко нарушается из-за ее фиксации на отдельных, наиболее аффективно-значимых, деталях. Следует отметить, что несколько лет назад подобное расщепление с фиксацией и выделением только одной — устрашающей Анну — детали было характерным для ее восприятия и явно влияло на то, как она рисовала объект. Так, рисуя волка, она воспроизводила только его острые зубы (см. рис. 4 Анны). Однако спустя несколько месяцев (к 5,5 годам) рисунок уже стал интегрированным. Развитие способности к интеграции более сложного, чем образный, текстового материала еще не завершено и пока требует массивной поддержки взрослого (в виде наводящих вопросов, пояснений).

Из всех предметов Анне легко давалось элементарное музыкальное образование (в игровой форме), так как у девочки хорошие музыкальный слух и музыкальная память. В 5 лет она легко подбирала мелодии со слуха и «с рук». Запоминала и с удовольствием пела много детских песенок. Однако регрессивные тенденции отмечались и в

этой области: уже при небольшом аффективном возбуждении Анна фальшивила.

После 3,5 лет обучения в коррекционном классе массовой школы мать вынуждена была перевести Анну во вспомогательную школу. Мать пытается дополнять обучение в этой школе домашним обучением по программе массовой школы. При такой большой нагрузке девочка мало утомляется. Гордится своей ролью ученицы, сильно переживает свой уход из массовой школы, мечтает туда вернуться (переживает так же сильно, как несколько лет назад, когда решался вопрос о выборе школы, и от нее отказывались в одной школе за другой).

Фиксация низкой самооценки. Самооценка Анны в дошкольном возрасте была очень низкой. Девочка отождествляла себя преимущественно с самыми отвергаемыми или странными персонажами: гадким утенком, поросенком, лягушкой, позже — обезьянкой и чертом (см. рисунки Анны). Анна видела, что ее внешний вид (достаточно неопрятный) и манеры поведения потешают других детей, и специально вела себя нелепо, чтобы рассмешить их. Однако роль клоуна в группе детей не выражала сути ее отношения к другим детям, хотя, несомненно, была попыткой найти с ними хоть какой-то общий язык.

Более устойчивым и глубинным было агрессивное отношение к другим детям, особенно в том случае, если Анна видела красивого, ухоженного ребенка рядом с его мамой. В целом, других детей на протяжении дошкольного возраста Анна называла «волчатами», проецируя на них собственную агрессию, рожденную ревностью, и пыталась атаковать. Однако по мере взросления она все чаще пользовалась символическими средствами выражения агрессии в фантазии, игре, рисунке, что позволяло ей сдерживать физическую агрессию (см. ниже).

За годы обучения в коррекционном классе самооценка Анны несколько повысилась, она стала терпимее к другим детям. У нее появилась подруга, к которой Анна привязалась и по которой теперь скучает. В 11,5 лет, когда Анна вынуждена адаптироваться к вспомогательной школе, самооценка вновь снизилась.

Неустойчивость личностной половой идентификации. Вплоть до 11-ти лет Анна называла себя именами людей, на месте которых хотела бы быть.

Сильная неустойчивость в употреблении местоимения «я», смешивание личных местоимений второго и первого лица были особенно выраженными до 5-ти лет. Отдельные ошибки в их использовании возникали и позже, однако всегда могла быть прослежена зависимость их динамики от усиления или временного ослабления доверия Анны к окружающим ее людям. Интересно, что первые случаи уверенного употребления «я» отмечались уже на одном из первых занятий, когда девочка обозначила особую связь между ней и психологом, победоносно выкрикивая, стоя на столе: «У Марины есть Анечка! У Марины есть Я!».

Проблемы с правильным использованием «я» в диалоге с родными также резко уменьшились, когда семья стала активнее участвовать в ее воспитании и образовании, а элемент отвержения со стороны матери постепенно заменялся заботой. Таким образом, неустойчивость употребления личных местоимений была в определенной степени связана с действием фактора эмоциональной депривации.

Несколько сложнее объяснить длительно сохранявшуюся неустойчивость в определении пола, сначала своего, а затем и других людей. До 7-ми лет в фантазиях Анны разные органы (например, гениталии и соски в 5 лет 4 месяца) уравнивались друг с другом, поэтому она легко идентифицировалась с персонажами разного пола. Понимание половой принадлежности упрочилось лишь к 7-ми годам, хотя до сих пор остается конкретным: так, определяя пол кого-либо, Анна обязательно ассоциирует этого человека с его ролью в свадебной церемонии (невеста в фате, жених в костюме) или представляет в роли животного (самки или самца).

Анна испытывала сложности и в определении своего возраста. Причем такая неустойчивость была также отчасти связана с вмешательством аффективного фактора. Анна до настоящего времени нередко преуменьшает свой возраст. Интересно, что на вопрос о ее возрасте она называет ту цифру, которая в среднем отражает возрастной уро-

вень, соответствующий ее достижениям. В первый год занятий она требовала соску, бутылочку, мечтала о коляске, считала себя малышкой, затем (и до сих пор) настаивала на одевании вещей, из которых явно выросла. По-видимому, это проявление магического мышления и действий, с помощью которых Анна пытается скрыть свое отставание в развитии от себя и других людей. Поскольку при настойчивой просьбе взрослого назвать свой настоящий возраст Анна делает это, можно говорить о нестойкости этого регрессивного явления.

В последнее время наряду с попытками преуменьшения своего возраста Анна все чаще пытается «пустить пыль в глаза» другому человеку и приписать себе чужие достижения. Например, показывает психологу контурные карты двоюродного брата, приписывая себе всю проделанную работу. При указании взрослого на некоторые несоответствия Анна неохотно соглашается с его доводами.

Таким образом, привычные, но в целом нестойкие регрессивные явления отмечаются практически во всех областях развития Анны, однако эти области регрессируют временно и изолированно друг от друга. Глубина регресса, особенно в способах аффективного реагирования, была существенной, но это регрессивное поведение обратимо.

Регрессировавшие навыки или способности восстанавливаются в прежнем виде, т.е. регресс *обратимый*. Периодов явного регресса, отката в ее развитии никогда не было. В последнее время регрессивные тенденции стали слабее.

Латентная активность для Анны не характерна, так как она пытается сразу дать обратную связь, гордится своими достижениями и стремится их демонстрировать.

Тяжесть регресса отчасти соответствует силе эмоциональной депривации.

Ранее, в дошкольный период, в развитии Анны отмечался и регресс как ограничение, накладываемое на определенную область деятельности, в которой она считала себя неуспешной (рисование в самом начале занятий). В настоящее время эта тенденция выражена слабее.

IV. Соотношение между деструктивным и конструктивным, творческим, началами

В дошкольном возрасте явно преобладало деструктивное начало. Анна проявляла избыточную, с оттенком садизма, агрессию по отношению к близким людям, маленьким детям, животным. Она разрушала вещи, связанные с другими людьми, продукты собственного творчества. Положительным было стремление найти человека, связь с которым заменила бы фактическое отсутствие материнской заботы. По мере расширения опыта общения с заботящимися о ней людьми, Анна стала более терпимой к неизбежным моментам фрустрации в близком общении, у нее накопился кредит доверия, что позволяло ей контролировать разрушительные импульсы. Так, в 11,5 лет у нее сохранилось желание бросить палкой в любимого дедушкиного кота, однако страх потерять дедушкину любовь удерживал ее от агрессии. Таким образом, динамика в этой области положительная, в пользу синтезирующего начала.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ

I. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СИМПТОМОВ ПО УРОВНЯМ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ. Оценка тяжести и устойчивости симптомов

Первый уровень — уровень оценки интенсивности воздействия

На первом уровне эмоциональной регуляции отмечаются мозаичные и неравномерные нарушения.

Большинство из перечисленных ниже симптомов связано с эмоциональной депривацией, с нарушениями отношений привязанности. Как только «заброшенность» ребенка в семье уменьшилась, девочка стала выделять себя из среды, стала более чувствительной к ее воздействиям, начала заботиться о себе. К относительно самостоятельным нарушениям первого уровня можно отнести следующие 6 симптомов нарушения чувствительности:

1. Пониженная чувствительность к холоду: на даче играла часами на улице до конца октября, дома ходит почти полностью раздетая, не мерзнет.

2. Пониженная чувствительность к физическим, тактильным воздействиям среды, в частности, к грязи: не замечает грязной одежды, с удовольствием пачкает вещи; нравится размазывать пластилин, краску.

3. Пониженная чувствительность к вестибулярной стимуляции: обожает качели, раскачивание.

4. Пониженная чувствительность к вкусовой стимуляции: неразборчива в еде, ест много, может есть несъедобную пищу (пьет грязную воду с разведенной в ней краской для рисования, раствор для пускания мыльных пузырей).

5. Повышенная чувствительность к зрительным воздействиям:

- к свету: закрывает шторы;

- к красивому изображению: «лазает глазом» (т.е. вплотную приближает картинку к лицу и в таком положении фиксирует ее, медленно перемещает лицо, изменяя угол зрения) по картинке, которая ей нравится (в 5 лет), как будто пытается «поглотить» ее взором;

- к форме: уже в 5 лет при плохо развитой тонкой моторике могла одним движением очень точно нарисовать птицу; при сборе мозаики ориентировалась прежде всего на формальные, а не на смысловые характеристики.

6. Повышенная чувствительность к громким звукам (исходящим как от одушевленных, так и от неодушевленных предметов). Боялась как неприятных звуков, издаваемых бытовыми приборами и инструментами (звуки дрели, пилы, стиральной машины), так и криков людей.

Более устойчивыми на протяжении всех 6,5 лет наблюдения являются нарушения чувствительности, тесно связанные с нарушениями других уровней, и, скорее всего, вторичные по отношению к ним. Следующие 5 симптомов, с одной стороны, не являются самостоятельными нарушениями первого уровня, а с другой — отражают суть конфликта развития девочки.

Так, с первичной недостаточностью привязанности к матери (патология четвертого уровня) и особенностями интерпретации (искажение в работе пятого уровня) непереносимых сенсорных воздействий связано (7) избегание глазного контакта из-за страха враждебного к ней отно-

шения, агрессии со стороны смотрящего. До 6-ти лет Анна протыкала глаза куклам, чтобы вогнать их подальше внутрь тела куклы и не видеть. Позже она стала способной символизировать свой страх. Тема «злых глаз» оставалась одной из центральных в игре и рисунках девочки на протяжении периода с 6-ти до 9-ти лет.

С недостаточностью привязанности к матери и сильными измененными влечениями (садистической агрессией к животным — патология второго и четвертого уровней) связана (8) избирательная нечувствительность к боли. Так, на протяжении всего дошкольного детства Анну часто кусали большие собаки, но, несмотря на сильные покусы, при виде собаки она все равно стремилась схватить ее за шерсть или оседлать (если собака была большая). Когда во время самостоятельных прогулок Анна травмировалась (например, рассекала голову о качели), она не плакала. В то же время Анна была чувствительна к боли в те моменты, когда ее физически наказывала бабушка, жаловалась психологу на боль, которая в этой ситуации была связана для нее с обидой.

Контактные формы обращения с предметами сосуществовали наряду с дистантными и появлялись в моменты аффективного возбуждения, т.е. были неустойчивыми. До 5-ти лет доминировали аффективно насыщенные формы (9) орального и (10) тактильного обследования предметов, направленные на получение недостающих приятных ощущений. Некоторые из них становились аффективными стереотипами. Анна часто сосала понравившиеся ей части игрушек, зарывалась лицом в их мягкие части, прижималась щекой к понравившимся поверхностям и терлась о них.

По мере взросления девочки усилилась связь контактных форм обследования с символической активностью, причем с ее искаженными формами (например, с представлением о том, что другие дети отнимают у нее то, чего ей не хватает).

Стали доминировать формы оральной агрессии, напоминающие контактное обследование предметов, но на самом деле являющиеся смещенной агрессией, первоначально направленной на других детей. Анна отрывала и засо-

вывала в рот части маленьких кукол, преимущественно их головы, предварительно вылизав их языком. Такое поведение отмечалось до 9-ти лет в моменты фрустрации, особенно когда она завидовала другим детям-ученикам («Я убью малышей — всех, ремнями, выкину вниз головой, пусть умирают много раз, пусть умирают без меня!» — так говорила Анна в 8,5 лет).

Однако и в более старшем возрасте отмечались эпизоды регресса к контактному обследованию с последующим (11) поглощением несъедобных материалов. Так, в 7,5 лет Анна обнюхивала красивые предметы из определенных материалов, например, пластилина, перед тем, как начать их грызть и жевать. Однако и в данном случае оральная агрессия использовалась для уничтожения красивого продукта (поделки из пластилина), а не была самоцелью.

Таким образом, на первом уровне в 5 лет у Анны отмечалось 11 симптомов, из них устойчивых и при этом связанных с симптомами других уровней и отражающих конфликт развития девочки — 3. К 11-ти годам выраженность тяжелых симптомов снизилась до умеренной, оставшиеся 6 симптомов представляют собой легкие нарушения чувствительности в различных модальностях.

Второй уровень — уровень аффективных стереотипов. На втором уровне нарушения выражены более значительно, чем на первом уровне. Когда девочке было 5 лет, здесь концентрировались некоторые центральные нарушения, прежде всего нарушения влечений.

Устойчивыми являются следующие патологические аффективные стереотипы.

1. Садистическая агрессия по отношению к животным. В 5 лет Анна кидалась к собакам и хватала их, бегала за голубями, хватала кошек, чтобы тут же их бросить. В 7 лет не пускала попугая в клетку, и он умер от жажды. До сих пор мучает кошку тети и преследует кота бабушки (оба — любимцы своих хозяев).

2. На прогулке маршрут диктуется поиском помоек и подвалов, где можно обнаружить кошек и крыс.

3. Некоторые стойкие предпочтения в еде: например, несмотря на общую неразборчивость, Анна очень любит

сухой кошачий корм. Бывают периоды стойкой избирательности: например, в 5 лет пила по два литра кефира в день.

4. Предпочтение определенной, как правило, старой, заношенной одежды, которая ей мала: устраивает скандал, когда не может ее найти. Этот симптом был особенно выраженным в дошкольный период.

5. Мастурбация: была особенно сильной, неконтролируемой до 5,5 лет, после этого Анна стала мастурбировать в укромном месте.

6. Моторные стереотипии по типу прыжков, раскачиваний, особых движений рук: выражены на всем протяжении наблюдения. Длительное время были и голосовые аутистимуляции (девочка повторяла быстро «дюба-дюба-дюба», пела песенки, искажая до неузнаваемости — до уровня аутистической речи — слова), однако этот симптом после 7-ми лет стал незначительным.

7. Аутоагрессия: особенно сильно была выражена до 5-ти лет, в 7,5 лет носила скорее символический характер. (В 7,5 лет Анна наказывала себя за то, что брала чужие вещи в коридоре, но уже обходилась без самоповреждения.)

8. Очень сильно выраженные стереотипы в игре, рисунке: образы зубастого крокодила, рыб, земноводных, некоторых птиц повторяются в ее рисунках на протяжении многих лет (см. рисунки Анны). Здесь явно прослеживается связь с нарушениями уровня символической регуляции.

9. Стереотипы в речи, стереотипные вопросы: отмечают наряду с более зрелыми формами речи до момента последнего обследования.

Таким образом, в 5 лет у Анны отмечался практически полный набор устойчивых патологических симптомов на втором уровне эмоциональной регуляции (9 симптомов). Однако вскоре после начала систематических занятий с психологом некоторые нарушения этого уровня, которые, казалось бы, сильнее других были связаны с инстинктивной сферой и поэтому должны быть более устойчивыми, напротив, стали быстро отодвигаться на периферию и исчезать. Таким образом сравнительно быстро редуцировалась аутоагрессия, она стала неустойчивой и редкой, пуб-

личная навязчивая мастурбация прекратилась, моторные стереотипии стали слабее, избирательность в еде и одежде прошла.

К 9-ти годам осталось 6 симптомов, которые связаны с нарушениями влечений и символической регуляции эмоций.

К 11-ти годам почти исчезла самоагрессия, оставшиеся 5 симптомов выражены слабее.

Третий уровень — уровень аффективной экспансии. Нарушения на третьем уровне выражены более неравномерно и мозаично. Распределение нарушений напоминает таковое на первом уровне эмоциональной регуляции, однако здесь связь нарушений с первичной недостаточностью и искажением привязанности между Анной и матерью более очевидна.

В дошкольные годы Анна реагировала на потенциально опасные характеристики пространства приближением. Высота, глубина, открытое и закрытое пространство, быстрое перемещение объектов привлекали ее, побуждали к импульсивным действиям. Так, в 5 лет она заходила в глубокий пруд, ныряла, не умея плавать; вела себя неосторожно на высоте, лазала по перилам балкона четвертого этажа; бежала за голубями или к качелям, не замечая препятствий; выбегала на проезжую часть улицы. Такое поведение было связано с несформированностью и искажением ориентации на эмоциональные сигналы и указания матери (патология четвертого уровня эмоциональной регуляции).

На физический барьер Анна до 6—7 лет давала бурную эмоциональную вспышку (например, тянула мать на улицу за мороженым, несмотря на то, что та была занята). В 5—6 лет практически не переносила барьеров, запретов матери (могла ударить, истошно кричала, валилась на пол). Однако в том же возрасте достаточно быстро привыкла к ограничениям и правилам, соблюдения которых требовала от нее психолог. К 11-ти годам вместо криков и агрессии стала жаловаться на то, как ее обижают, в целом стала гораздо более терпеливой.

Барьер «чужое» очень медленно становился регулятором поведения Анны. До 6—7 лет она выхватывала понра-

вившиеся вещи у малышей и взрослых, могла отнять мороженое, которое ел чужой человек, и съесть его (связь с первичной недостаточностью второго уровня — симптом, свидетельствующий о расторможенности влечений).

Кроме того, недостаточность этого барьера связана со слабостью, ненадежностью символических формирований пятого уровня (неустойчивостью хорошего объекта) — т.е. Анна постоянно сомневалась в том, насколько хороши предметы и люди, которые она могла назвать «своими» по сравнению с теми, которыми обладали другие люди и особенно дети. В 8—9 лет Анна полагала, что обладание чужими вещами, одеждой, домом могут сделать ее другим человеком — тем, кто является их обладателем.

«Чужие» вещи, вызывающие у нее сильную зависть и гнев, как правило, принадлежали людям, которых Анна идеализировала. По мере взросления круг этих людей сужался. После 7-ми лет она научилась смещать свою агрессию в этой ситуации на свои вещи, которые были сходны с привлекающими ее чужими. Она называла свои вещи плохими, рвала и портила их и требовала точно такие же вещи, как у других. Однако сохранялась и прямая физическая агрессия по отношению к обладателю хороших в ее представлении вещей.

Новизна игрушек, книжек, учебных материалов, мебели, одежды, посуды, украшений никогда не пугала Анну, однако очень часто вызывала у нее разрушительное поведение. Все новое и красивое уничтожалось, особенно если это были подарки матери. Стремление испортить новую вещь иногда отмечалось и во время занятий со мной [М.Б.], однако при постоянном контроле с ее стороны вещи оставались целыми. Стоило оставить Анну с новыми игрушками наедине в первые недели занятий, как она не могла удержаться от соблазна расчленив их на части, измазать, а кусочки смешать с кучей уже ранее поломанных игрушек. Атаке всегда подвергались наиболее красивые игрушки или их части. Позже Анна сохраняла забытые психологом игрушки и возвращала их целыми.

Сложность заданий вызывала у Анны стойкую реакцию ухода в дошкольный период. Только после опыта систе-

матических продуктивных занятий с матерью и учителями Анна научилась принимать помощь взрослого.

Доминантное поведение другого ребенка вызывало у Анны дезорганизацию поведения, агрессию, которая могла трактоваться как попытка установить свою доминантность. Для Анны признаки доминантности другого ребенка смешивались с признаками его компетентности, т.е. доминантный ребенок в ее представлении — это ребенок, хорошо выполняющий задание учительницы, любимый ею, обладатель некоторых знаний и умений, которых она пока лишена.

В группе детей в подготовительном классе Анна в 6 лет залезала на подоконники, стучала в окна, гримасничала, визжала. Она стремилась мешать другим детям или вела себя по отношению к ним агрессивно: хватала их вещи, еду. В 7,5 лет Анна все еще пыталась установить свою доминантность над другим ребенком, присутствующим на занятии, нападая на него, возвышаясь над ним, производя угрожающий стук (залезала на стол, сильно стучала каблуками, размахивала сумкой, угрожая ударить).

Только в 9—10 лет Анна стал терпимее относиться к детям, которые превосходили ее по некоторым качествам.

Влечение к страшному, грязному — довольно стабильный симптом, однако для его реализации у Анны к 11-ти годам не стало возможностей, поскольку прогулки сведены к минимуму.

Таким образом, в 5 лет у Анны отмечалось 10 симптомов на третьем уровне. Затем их количество довольно быстро снижалось и к 9-ти годам сократилось почти вдвое. Сохранились сильная аффективная реакция на физический барьер; непереносимость «чужого» привлекательного предмета, новых книг и учебных материалов; нечувствительность к признакам опасности, связанным с пространством; влечение к страшному и грязному; тенденция к уходу или протестным реакциям в условиях сложной учебной задачи.

Большинство из этих симптомов возникло и закрепилось как последствие эмоциональной депривации, так как в нормальном развитии они носят преходящий характер и быстро купируются уже на втором году жизни благодаря

помощи матери (в ситуации физического барьера и учебных трудностей), ориентации на ее эмоциональную оценку (во всех перечисленных ситуациях), идентификации с ней. Кроме того, интеллектуальная недостаточность и сильные влечения искажают активность на этом уровне, т.е. возникает дисбаланс в реакциях на барьеры разной природы (непереносимость одних барьеров сочетается с нечувствительностью к другим).

К 11-ти годам количество устойчивых симптомов на этом уровне снизилось до трех (сильная реакция на физический барьер; влечение к страшному и грязному; реакция ухода в сложных ситуациях), причем они стали значительно мягче.

Четвертый уровень — уровень эмоциональной коммуникации. На этом уровне у Анны отмечаются неустойчивые мозаичные признаки недостаточности эмоционального контакта, мозаичные нарушения коммуникативного поведения в группе детей, искаженная неравномерная привязанность к близким людям.

Выявлены следующие нарушения.

1. Недостаточность эмоционального контакта проявляется, во-первых, в тенденции к избеганию глазного контакта при малейшем усилении тревоги. Во-вторых, отмечается неустойчивость эмоционально насыщенного, правильно модулированного голосового контакта, который искажается при усилении любого аффекта — как положительного, так и отрицательного. Умеренная тревога, как и радость, выражается в переходе на монотонные фальцетные, высокие звуки, как у героев мультфильма. Обида — в столах и громких протяжных жалобах, как у профессиональной плакальщицы. Страх — в заикании и общем значительном замедлении темпа речи. Сильная радость — в аффективных монологах, громкой речи с очень большой скоростью, взхлеб. В целом, голосовой контакт используется Анной чаще и охотнее, чем другие виды контакта.

В тактильном контакте Анна очень избирательна, из всех его форм предпочитает ласку отца в определенных ситуациях (во время игр в воде, например). В тактильном контакте с другими людьми она ведет себя крайне осторожно, не любит, когда ей навязывают такой контакт, сразу

напрягается, стремится освободиться. Свое доверие к человеку она показывает нетрадиционными способами, в которых «кошачья» ласка соседствует с агрессией (трется щекой о щеку, гладит ногу, стоя на четвереньках возле взрослого, но также щиплет, дергает за волосы, бьет ребром ладони по шейным позвонкам, осторожно подкрадываясь сзади).

Считывание тонких эмоционально выразительных сигналов до 7-ми лет было затруднено, так как Анна ориентировалась на наиболее сильный изолированный признак, прежде всего голосовой, игнорируя остальные (например, пугалась громкого голоса независимо от смысла услышанных слов). Требовалось специальное обучение различению внешне сходных, но по смыслу противоположных выражений лица, например, радости и печали, без опоры на голосовой компонент, с помощью игр типа «Азбуки настроений».

Нарушения мимики были особенно значительными в дошкольном возрасте. Однако до сих пор чаще преобладает одно из двух стереотипных выражений лица (причем в обоих случаях лицо сильно напряжено). При удовольствии оно сопровождается «приклеенной» улыбкой, пением, моторной аутостимуляцией, при гнев — это крайне напряженное выражение с пристальным холодным взглядом суженных глаз. Плавной, естественной динамики выражений лица нет.

Координация всех видов контакта Анне доступна, однако очень быстро разрушается при усилении любого негативного аффекта, который у Анны вызывается самыми незначительными, с точки зрения постороннего наблюдателя, воздействиями.

2. Нарушение способности к аффективному заражению, подражанию и разделению опыта со взрослым было сильно выражено в начале занятий (в 5 лет), однако этот дефицит Анна почти полностью восполнила спустя два года и в дальнейшем этот симптом стал неустойчивым, периферическим и, если и мешал ее развитию, то незначительно. В 7 лет Анна перестала требовать дословного повтора своих высказываний, как это бывало раньше, чувствуя по одно-

му только выражению лица психолога, что та ее поняла. Анна довольно быстро научилась играть в простые диалогические игры (в мяч), спустя полтора года после начала занятий могла поддержать разговор по телефону в течение 10 минут. Однако в сюжетных играх, в условиях прямого столкновения с проекциями своих сильных эмоций, Анна сбивалась на аффективные монологи.

Способность к эмоциональному заражению развивалась неравномерно: Анна преимущественно заражалась негативными эмоциями, поэтому ей было очень трудно перейти на уровень эмпатии, сочувствия, утешения, предполагающий способность «передать» страдающему человеку часть уверенного, хорошего состояния, несмотря на разделение его страдания.

Негативизм был центральным, но не самостоятельным симптомом в картине нарушений психического развития Анны, особенно в начальный период обучения ее школьным навыкам, находясь в тени агрессивных вспышек девочки и маскируясь под них. Как только с негативизмом удалось справиться, Анна смогла сделать очень значительный шаг вперед в овладении учебными навыками.

Таким образом, на этом уровне в дошкольном и младшем школьном возрасте отмечалось 12 достаточно устойчивых симптомов нарушения эмоционального контакта. К 11,5 годам многие из них стали незначительными. Остались легкая неустойчивость глазного контакта, особенности мимики, вокализации (стереотипный характер), недостаточная способность к эмпатии. Способности к диалогу, координации всех видов контакта, подражанию взрослому и, в целом, способности к совместной деятельности значительно улучшились и в настоящее время не создают препятствий для развития.

3. Поведение привязанности. Возрастная динамика новообразований, соответствующих поведению привязанности, разбиралась выше. Здесь мы суммируем наиболее существенные нарушения, связанные с тем, что для Анны мать является источником наиболее сильных и болезненных переживаний.

Привязанность, существующая между Анной и ее матерью, может быть охарактеризована как амбивалентно-агрессивная, осложненная признаками использования дочерью матери как объекта своих влечений и признаками избегания, которые были прямо выражены в дошкольный период детства Анны, а в младшем школьном возрасте выражались в более маскированном виде формального обучающего контакта. У Анны поведение привязанности организовано сложнее, чем у ее матери, что указывает на высокую психическую активность ребенка и тем самым увеличивает вероятность хорошего прогноза.

4. Нарушения социального поведения в коллективе детей. На протяжении первых нескольких лет наблюдения у Анны в группе детей сохранялась позиция изолянта. Резкая дезорганизация поведения со смещенной агрессией мешала ей адаптироваться в нескольких группах подготовки к школе. Способность к совместной игре с детьми была возможна только в диаде в течение ограниченного времени, затем Анна разрушала взаимодействие (жадничала или атаковала другого ребенка), но не в группе из большого количества детей.

На момент последнего обследования (11,5 лет) навыки взаимодействия в группе несколько улучшились, но контакт с детьми остается избирательным.

Пятый уровень — уровень символических регуляций. Можно выделить следующие линии эволюции нарушений, связанные с недостаточностью работы нижележащих уровней по регуляции влечений, агрессии и страхов.

1. Линия столкновения влечений и символической активности в ситуации фрустрации. На развитие символической активности Анны лимитирующее и искажающее влияние оказывали сильные влечения (сексуальное, агрессивное, в том числе садистическая агрессия). В ситуации, когда Анна испытывала даже небольшую фрустрацию, например, когда психолог не приносила определенных игрушек или упоминала на занятии имя другого ребенка, влечения моментально выходили из-под контроля девочки и вмешивались в ход ее игры. До 5,5 лет влечения прак-

тически полностью разрушали символическую активность (при малейшем препятствии Анна мастурбировала). Позже влечения проявлялись чаще в виде садистической агрессии (больно тянула за волосы взрослого, щипала или мяла, терзала мягкую игрушку, производила особые движения пальчиками в виде постукиваний, пощипываний, приговаривая: «Хочу сиську давить!»). При таких выплесках неизбежно искажался характер аффективных образов в игре и рисунке (агрессивные детали отщеплялись от образа и существовали самостоятельно: например, от крокодила оставались только зубы) (см. рис. 4). При мощных аффективных выбросах рисунок разрушался полностью и нередко уничтожался. В 8—9 лет отмечалось чередование аффективных монологов с садистически-агрессивным содержанием и более спокойных фантазий.

2. Линия развития символического представления конфликтного опыта: страхов, связанных с человеком, и большой потребности в теплом эмоциональном контакте. Наиболее устойчивые аффективные образы отражали сильные страхи, которые скорее всего были первично связаны с патологией уровня эмоциональной коммуникации. Не только человек, но и все живое воспринималось Анной как страшное и в то же время чрезвычайно привлекательное. Например, в 8 лет 7 месяцев Анна увлеченно смотрит книгу про животных и комментирует: «Я поищу злые глаза. Все звери добрые! У кошки клещи, не трогать их! Злая обезьяна. Злые глаза у кошки. Вот слон-тапир, питается, чем найдет. Вот лев, который кусает людей. Вот волк идет. Смотрит своими глазами на тебя, не на меня!».

3. Линия символической переработки избыточного агрессивного опыта, связанного с ранней эмоциональной депривацией. Недостаточность и искажения привязанности, избыток агрессивных взаимодействий в общении с близкими и стимулированные ими страхи тормозили процесс накопления и символизации хорошего опыта в этой области. Например, когда Анна слышит от своей тети выражение «щипы-щипы», обозначающее наказание, то реагирует панически (лезет на шкаф, прячется в углу).

Симптомы нарушения символической регуляции эмоций имели скорее характер умеренного искажения, а не недоразвития.

Прежде всего искажение проявлялось в стойкой тенденции к расщеплению образов в игре, рисунке, в фантазии под влиянием аффекта на две части: а) более мощную, агрессивную, «злую» часть; б) более неустойчивую и слабую «добрую» часть. Искажение выражалось и в том, что образы уравнивались на основе единого аффекта; в этом случае они легко заменяли друг друга, образуя почти бесконечные цепочки (например, «крокодил—динозавр—злой чебурашка—гадюка—ужик—собака» или «крокодил злой—Аня дикая—зубы-зубчики—королева укулов—злой поросенок—змея») (см. рис. 2—8 Анны). Развитие образов определялось исключительно динамикой аффекта, а не логическими связями.

Наиболее стойкие симптомы на этом уровне выражались в неудачных попытках Анны справиться с собственной агрессией с помощью символической регуляции. Как уже упоминалось выше, ее агрессия была импульсивной и имела садистическую окраску. Она была направлена против матери и близких людей, себя самой (в меньшей степени), других детей, животных и любых красивых вещей, в том числе и продуктов собственной деятельности. Таким образом, порог агрессии был очень низким.

Попытки справиться со своей агрессией происходили путем символизации агрессивных импульсов и последующей их интеграции в безопасный контекст (ср. рис. 1, 9, 15 Анны). Эти попытки имели следующую историю.

На момент начала работы с Анной (4 года 9 месяцев) у нее было несколько образов, в которых она выражала свою агрессию: крокодил, злой Чебурашка, злая кошка. В дальнейшем этот список значительно расширился, похоже, что Анна искала более «послухный», уравновешенный образ, т.е. сочетающий в себе агрессивные и неагрессивные детали (например, в ее фантазиях появился «ужик», т.е. гораздо более спокойное существо по сравнению с предшествующей ему «гадюкой»). В рисунке крокодила основное место

занимал огромный острый зуб или зубы как наиболее устрашающая деталь. Они могли быть нарисованы отдельно и заменяли собой всего крокодила (см. рис. 2, 4 Анны). В 8 лет в фантазиях, рисунках Анны место наиболее угрожающего признака наряду с зубами стали занимать глаза (особенно зрачок с радужкой).

К этой стадии уравнивания одной детали со всем образом (стадии частичного объекта, в терминах Кляйн) Анна могла регрессировать и в более старшем возрасте при сильном аффекте. Целый образ разрушался.

Так, в 7 лет 11 месяцев прорисовка зрачка у крокодила моментально приводит к искажению первоначального образа, который был задуман как хороший. Анна начинает очень ласково: «Гоша добрый, когда зубы маленькие». Рисует глаз, он получается огромным, моментально нарастает агрессия: «Зубы белые [вероятно, блестящие. — М.Б.], как иголки. Вырвать зубы щипцами. Аня стала дикой макакой. Сидит на цепи. Дрессировать и воспитывать надо. Аню отвезли в больницу» (см. рис. 10, 13 Анны).

Следует отметить, что и противоположные, т.е. успокаивающие или удерживающие агрессию образы строились, исходя из одной детали или признака. Например, в качестве лекарств могли использоваться любые предметы розового цвета независимо от их назначения, размера и материала, в качестве замка — образы чего-то непроходимого («школа закрыта на лес», «школа закрыта на пещеру»).

Если Анна изображала чистый агрессивный образ (или его часть) без уравнивающего его противоположного по знаку образа, то такая символизация была неэффективной для контроля агрессивной вспышки, т.е. не могла ее предотвратить, хотя и несколько отсрочивала. Даже в выполненных в 8 лет достаточно подробных рисунках «злой кошки» зубы оказывались той «последней каплей», тем пусковым стимулом, за которым следовала реальная атака на предметы или на другого человека.

Когда на рисунках появлялись одновременно и устрашающий образ, и образ, необходимый для нейтрализации агрессии (рыба для кота, клетка для крокодила,

больница для дикой Анечки), то удавалось предотвратить вспышку агрессии.

Еще одним способом символической регуляции агрессии была передача психологу на хранение целой серии агрессивных рисунков, сделанных во время занятия. Анна говорила при этом: «Унеси это с собой. Здесь вся моя злость». В 7,5 лет Анна стала более терпимой к своим агрессивным импульсам и могла сама хранить как агрессивные рисунки, так и прямые результаты своей агрессии в виде разорванных и испорченных вещей в определенных ящиках своего стола, которые запирала на ключ. При этом она заботилась о том, чтобы эти «плохие» вещи лежали отдельно от целых — «хороших» — вещей.

Все эти способы символической регуляции агрессии были неустойчивы, так как внутренней интеграции агрессивных импульсов (понимания их причины) на этом этапе не происходило.

Сначала Анна научилась контролировать агрессию, направленную на себя. Уже в 4 года 9 месяцев она говорила сама себе: «Не надо биться головкой, больно будет» и могла себя регулировать при условии, что сила аффекта (фрустрации) была небольшой.

Агрессию по отношению к другим детям Анна научилась контролировать только несколько лет спустя после того, как приобрела определенную уверенность в своих силах (достигла некоторых успехов в обучении, частично восстановила эмоциональную связь с мамой). Тема ревности к другим детям в начальный период школьного обучения была доминирующей. В фантазиях преобладала импульсивная садистическая агрессия по отношению к ним, правда, с некоторым стремлением поправить нанесенный им ущерб: «Я убью малышей, всех, ремнями, выкину на улицу, вниз головой, пусть умирают много раз, пусть умирают без меня, я у них жизнь отберу, закопаю всех в землю, похороню, цветы положу. Пусть будут живые, но болеют. Всех малышей я еще не похоронила. Всех скину в реку!». Такие фантазии чередовались с несколько более реалистическими желаниями «выгнать всех учеников, чтобы

остаться в классе вместе с мамой, чтобы мама меня одну учила» и компенсаторными фантазиями «выйти замуж за учеников, уменьшиться, как Алиса, чтобы быстрее их догнать». Понимание причин своей ревности и способность об этом говорить дали положительный эффект: Анна стала спокойно сидеть на занятиях, слушать объяснения учителя, удерживалась от желания сорвать урок, которое сохранялось у нее еще долго.

Значительно уменьшилась агрессия по отношению к продуктам своей деятельности: в 11,5 лет Анна бережно хранит свои рабочие тетради, книжки, игрушки.

Агрессию по отношению к престарелым родителям матери Анна плохо регулирует до сих пор. То же можно сказать и об агрессии по отношению к животным, однако теперь Анна мучает только тех животных, в которых уверена (например, кошку родственников). В отношениях с ними Анна регрессирует до садистической агрессии — это канал, куда прорываются измененные, все еще не полностью интегрированные влечения.

Недостаточная интеграция агрессивных импульсов, усиленная ранней эмоциональной депривацией и избыточным опытом физических наказаний, сопровождается недостаточной способностью девочки сохранять и накапливать хороший опыт.

У Анны довольно поздно — только в 7 лет 4 месяца — впервые появился устойчивый переходный объект (зеленый платок), в некоторой степени заменяющий хороший материнский. До этого Анна периодически пыталась ухаживать за мягкими игрушками, кормить их, укладывать спать, однако это доброе отношение, как правило, очень быстро и без остатка нарушалось из-за вторжения агрессивных импульсов. Забота внезапно трансформировалась либо в преследование этих игрушечных зверей (Анна сбрасывала их на пол, топтала, прятала, как хищников, в тюрьму), либо в садистическую агрессию по отношению к ним (целовала медвежонка, затем запихивала его голову в рот и пыталась откусить). Зеленый же платок Анна называла своим другом, использовала его для контроля своего со-

стояния (сняла тревогу, закутывая в него свои вещи) в течение нескольких недель или даже месяцев.

Примерно в том же возрасте у Анны усилились попытки создать хороший внутренний образ себя, на который она могла бы опираться, чтобы противостоять давлению влечений и примитивной агрессии в ситуации фрустрации. «Хорошая Анна» — это Анна, свободная от агрессии, которая в ее представлении образовывала аффективный комплекс «злость—грязь—пустота». Поэтому немало усилий в игре и рисунках Анна тратила на освобождение гораздо более устойчивого противоположного образа «плохой Анны» от «дикости» и «злости», «грязи» и «глупости». После соответствующих игровых действий Анна с тревогой спрашивала психолога: «Теперь не дикая? Вылечили уже? Больше не грязная?» — или самодовольно утверждала: «Я теперь умная. Могу сказать, почему волк сожрал козлят».

Однако хороший образ себя («невеста», «царевна-лягушка», «добрая Аня», «Аня, которую папа вылечил») до сих пор остается неустойчивым. Он разрушается как из-за собственных агрессивных импульсов девочки, так и из-за реальной агрессии со стороны взрослых. В 8 лет появился, но довольно быстро исчез в результате столкновения с реальностью образ «величественной Анны («Аня — королева укулов»; «королева мыльных пузырей»; «королева змей»; с душой, «которая хочет общаться с Богом»).

В 11,5 лет Анна может нарисовать себя как жабу или как фантастическое животное, или как девочку без особых предпочтений (образы уравнены) (см. рис. 14 Анны). Однако, если требуется объяснить смысл какого-либо эмоционально насыщенного события, Анна скорее приведет пример из жизни животных, чем людей (разлука — это когда «гадюка съела одну жабу и разлучила ее с остальными»; драка — «два геккона дерутся из-за самки»). Несмотря на фантастичность образов, их описания достаточно лаконичны, логичны и ясны для понимания. Порог для аффективных включений значительно повысился.

Активная позиция по отношению к своим страхам и попытка контролировать свою агрессию через поиск адекватных аффективных образов и их упорядочивание (хотя и очень неустойчивое) являются прогностически благоприятным признаком.

Для поддержания образа «хорошей Анны» приблизительно с 7—8 лет девочка стала пользоваться мимикрией, внешним подражанием другим людям и компенсаторным фантазированием. Она представляет себя членом другой, идеализированной ею, семьи («А у Вас [дома. — М.Б.] и апельсины растут?») В фантазиях легко меняет место жительства, состав семьи, свой возраст (см. рис. 16 Анны). В 8—9 лет Анна верила, что обладание одеждой, вещами и фамилией другой девочки достаточно для того, чтобы занять ее место (быть ею).

Когда Анна пытается предстать перед людьми в образе хорошей девочки, она ограничивается преимущественно стереотипными «безопасными» вопросами, репертуар которых расширился к 11-ти годам настолько, что она уже действительно способна вести формальную «светскую» беседу. Однако как только Анна переходит к спонтанному общению, аффективно насыщенный характер образов, тенденция к преувеличению болезненных моментов действительности разрушают иллюзию светскости. Место, которое прежде занимали откровенно агрессивные фантазии, отдано жалобам, разрозненным идеям преследования (держат взаперти после уроков, не дают поесть), с помощью которых Анна проецирует собственную агрессию на окружающих.

Таким образом, на протяжении всего периода наблюдений отмечались следующие симптомы недостаточности и искажения пятого уровня эмоциональной регуляции.

1. Нарушения различения объектов по параметрам «живое—неживое». Из-за сильной проекции собственной агрессии девочка наделяла признаками живого неживые предметы и их изображения, если у них были некоторые характеристики, сближающие их с живыми (прежде всего глаза). Анна боялась некоторых игрушек, если в ее игре они были злыми персонажами.

Этот симптом связан с нарушениями в базальных уровнях, в частности в уровне эмоциональной коммуникации. При восприятии живого Анна прежде всего выделяла его агрессивные («злой взгляд», «острые зубы») или сексуальные признаки, а также способность испытывать боль.

2. Уравнивание аффективно значимых стимулов в игре, рисунке, фантазии (создаются цепочки разных образов, выражающих один и тот же аффект). Уравнивание символов и реальных стимулов под влиянием аффекта, порог для которого значительно ниже нормы.

3. Неустойчивость переходного объекта, замещающего мать (до 7 лет 4 месяцев).

4. Фиксация представления о привязанности как о сексуальной близости или отношениях кормления (дефицит четвертого уровня эмоциональной регуляции), ограничивающая развитие более сложного представления об эмоциональных отношениях между людьми. («Анечка с папой голые спят. Мама не узнает»; «Надо покормить, чтобы не был злым»). Только к 11,5 годам у Анны стало устойчивым более зрелое представление о привязанности как отношениях, основанных на любви, верности и заботе.

5. Неустойчивое развитие интегрированного образа себя с постоянными регрессами от более интегрированного состояния к расщеплению себя на агрессивную и добрую части (крокодил—злой чебурашка—динозавр—гадкий утенок, с одной стороны, и девочка, Анечка — с другой). Агрессивные черты себя и близких людей выражались в соответствующих образах животных.

6. Смещение агрессивно-садистического и заботливого, материнского отношения к игрушкам и продуктам своего творчества. Заботливое отношение быстро сменяется разрушительным.

Попытки установить контакт со своей агрессивной частью: «И черный злой кот — мой, и желтый добрый кот — мой. Но сейчас я хочу покормить своего черного кота».

Девочка жалеет выброшенные ею самой игрушки, но затем проецирует агрессию на других детей, обвиняя их в том, что это они их выбросили.

7. Сверхценные фантазии, в которых Анна пыталась прояснить для себя связь своей агрессии и страхов с ревностью к другим детям.

8. Неустойчивость личностной идентификации. Сюда относятся неустойчивые представления о своем имени («Внутри меня живет девочка Люба»), поле, возрасте, своей болезни¹). Мимикрия: представление о том, что можно превратиться в другого человека, воспользовавшись его одеждой, домом, вещами. Легкость и поверхностный характер идентификации с любыми образами из книжки, мультфильма и других источников из-за избыточного действия механизмов проекции и интроекции. Тенденция к постоянной смене имен и к игре с именами своих персонажей («Лохандра, Жабо» и пр.).

9. Компенсаторные фантазии об идеальной стране, где нет места ревности и злости, в сочетании с жалобами на окружающую действительность. В 7 лет речь шла о стране, в которой много игрушек для Анечки. Позже Аня мечтала о стране Америке, в которой много мышей для злых котов (для укрощения злой части себя). В 11,5 лет характер фантазий о стране Америке изменился. Теперь это страна, где живет прекрасная принцесса, которая всегда помнит об Анечке и хранит ее фотографию.

10. Стереотипные вопросы, штампы как способ сделать общение предсказуемым, безопасным. Несмотря на очень быстрое исчезновение собственных эхололий, до 6,5 лет Анна требовала, чтобы ее высказывания повторяли эхом (чтобы удостовериться, что ее поняли). Как только Анна начала правильно ориентироваться в эмоциональной экс-

¹ Анна начала задумываться о своей болезни в 5,5—6 лет. Сначала она представляла ее себе как простую соматическую болезнь («живот болит»). Затем стала связывать с особыми поведенческими проявлениями («Обезьянка билась головой, у нее кровь потекла, ее в больницу увезут. А у меня уже кровь не идет»). Страх больницы, уколов, «клейма» оставался на протяжении нескольких лет наблюдений и заставлял Анну активнее бороться с действительно нездоровой частью своей личности.

прессии, она перестала настаивать на точном повторении ее слов.

Наиболее грубых нарушений символической активности — мутизма, устойчивых эхололий, выхолощенности эмоциональных образов, их изоляции друг от друга, непонимания связей между причиной эмоционального состояния людей и их поведением, нечувствительности к юмору — у Анны не отмечается.

Таким образом, из очень большого количества возможных симптомов на этом уровне у Анны отмечаются 9, связанных с искажением символической активности. Однако на протяжении дошкольного и младшего школьного возраста они были очень устойчивыми, значительно вмешивались в развитие и тормозили его. Противоположные им здоровые формы символической активности могли существовать только в очень редких условиях низкого уровня стресса. Поэтому нарушения символической регуляции эмоционального опыта наряду с нарушениями влечений и привязанности следует признать ядерными.

К 11,5 годам осталось 5 симптомов:

- склонность к сверхценному фантазированию;
- компенсаторные фантазии;
- менее выраженная, чем раньше, тенденция к отщеплению агрессивной части себя и проекция ее на других людей;
- стереотипный характер вопросов, используемых в диалоге с людьми;
- неустойчивость личностной идентификации (последние два симптома связаны с отрицанием своих слабых сторон: неуспеваемости, агрессивности, непривлекательной внешности).

Эти особенности символической активности являются реактивными, компенсаторными образованиями, позволяющими девочке справляться с низкой самооценкой и избытком негативного эмоционального опыта.

II. Профиль нарушений эмоциональной регуляции

Таким образом, профиль нарушений искаженный, неравномерный, с прогрессирующей тенденцией к вырав-

ниванию и уменьшению выраженности патологической симптоматики (см. рис. 5).

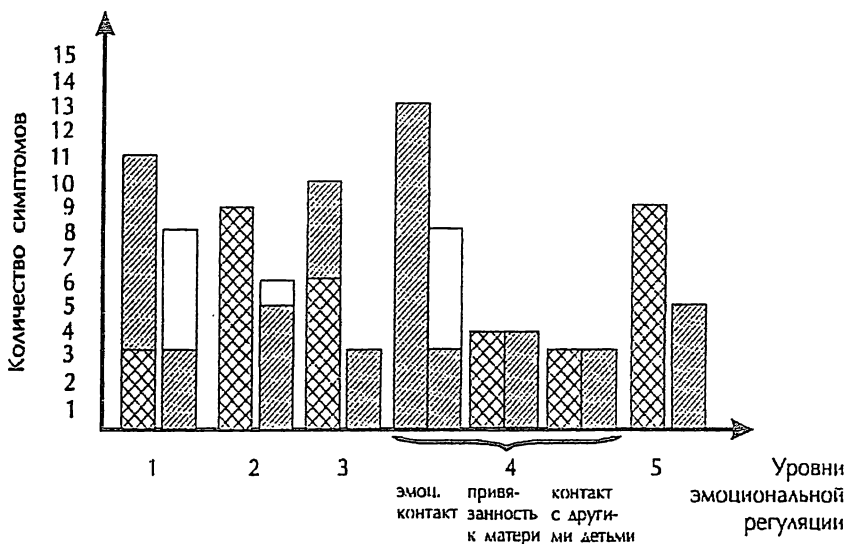


Рис. 5. Распределение симптомов по тяжести и их возрастная динамика по уровням эмоциональной регуляции у Анны:

□ — легкие симптомы, ▨ — умеренные симптомы, ▩ — тяжелые симптомы; первый столбик в каждом уровне соответствует количеству симптомов в 5 лет, второй столбик — в 11,5 лет

III. Уровни преимущественной концентрации симптомов. Динамика нарушений

К 11,5 годам тяжелых симптомов, которые бы не вытеснялись более здоровой альтернативной формой поведения, у Анны нет, что благоприятно для прогноза. Устойчивые симптомы концентрируются на втором, четвертом и пятом уровнях эмоциональной регуляции (это симптомы, которые в 5 лет были тяжелыми). Их интенсивность может быть оценена как умеренная, однако и она с возрастом снижается. Наиболее тяжело Анна переносит давление собственных влечений, а также чувство ревности и зависти по отношению к другим детям, которые, с ее точки зрения, получают больше заботы, внимания, игрушек и т.д., чем она.

Отсутствие выраженных самостоятельных нарушений на первом уровне (оценки интенсивности воздействия), быстрая редукция симптомов на третьем уровне (аффективной экспансии) и постепенная интеграция разного по знаку эмоционального опыта на пятом уровне свидетельствуют о высокой психической активности девочки и также увеличивают вероятность относительно хорошего прогноза.

Регрессы формы аффективного реагирования возникают в ситуациях столкновения между расторможенными влечениями, с одной стороны, и потребностью в безопасной привязанности — с другой. До сих пор отмечаются трудности символической переработки опыта в ситуациях, связанных с переживанием депривации (недостаточности внимания, отвержения, наказания) и низкой самооценки. Прогресс здесь состоит в том, что девочка научилась сдерживать себя в подобных ситуациях на публике, однако дает отсроченные реакции (аффективные вспышки, атаки, направленные на близких людей и домашних животных) в домашних условиях.

IV. Соотношение между нарушениями в ключевых областях эмоциональной регуляции: базальной аффективной регуляции, поведения привязанности и символической регуляции эмоций.

Ведущая координата нарушений

Нарушения базальной регуляции, поведения привязанности и символической активности распределены мозаично. Учитывая, что положительные сдвиги в развитии девочки происходят на фоне уменьшения патологического воздействия психогенных факторов, можно предположить, что первичными нарушениями были нарушения привязанности к матери и особенности развития влечений, интенсивность которых тормозила развитие символической активности. В условиях депривации и высокого уровня агрессии в семье сильные влечения девочки оказались неравномерно востребованными. Подкреплялось в основном агрессивно-садистическое влечение, которое растормаживалось в условиях фрустрации потребности в любви. Агрессивное и сексуальное влечения часто были направлены на

себя (аутоагрессия и мастурбация). По мере усиления привязанности к матери и накопления хорошего опыта в общении с близкими людьми давление влечений и связанные с ним искажения аффективных образов уменьшились.

Прогноз

Психическая активность девочки достаточно высокая. Способность выносить фрустрацию и ограничения в последнее время значительно увеличилась. Способность к символической переработке болезненных и сильных эмоций развивается достаточно быстро. Качество привязанности между Анной и матерью в последнее время улучшилось: мать гордится теми сдвигами в развитии Анны, которые были бы невозможны без активной помощи самой матери. Психическая активность Анны оказалась настолько высокой, что она смогла стимулировать развитие материнского поведения у своей матери, которое длительное время находилось в латентном состоянии (из-за хронической депрессии).

Особых интересов, кроме интереса к земноводным животным, у девочки на сегодняшний день нет, возможно из-за загруженности уроками.

Хотя нарушения эмоциональной регуляции значительно вмешиваются во все области развития девочки, тормозя и искажая его, с возрастом эти патологические влияния уменьшаются. Черты искажения постепенно сглаживаются, черты недоразвития остаются.

Прогноз социальной адаптации: девочка может закончить вспомогательную школу и приобрести рабочую профессию.

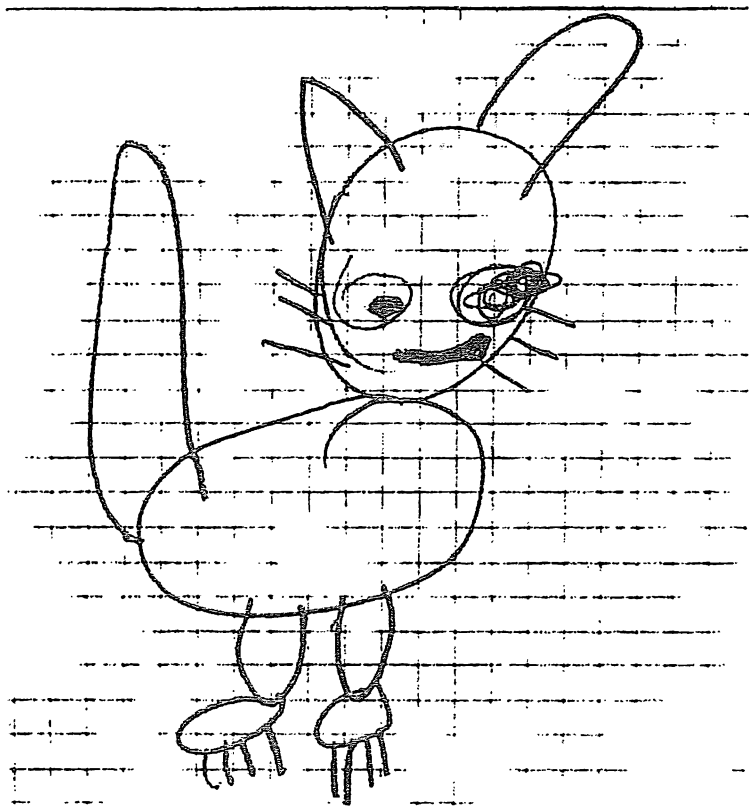


Рис. 1. «Киса Сонька. Добрая. Не возьмешь?»

¹ В рис. 1—12 происходит символизация агрессивных импульсов (7 лет 11 месяцев).

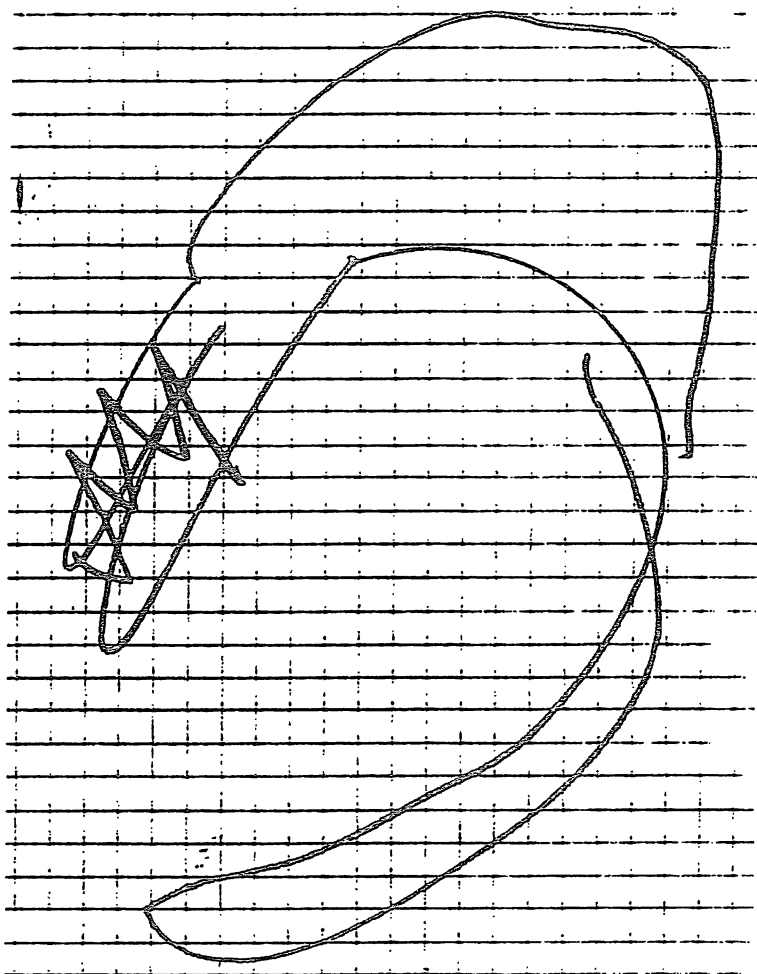


Рис. 2. «Крокодил злой»

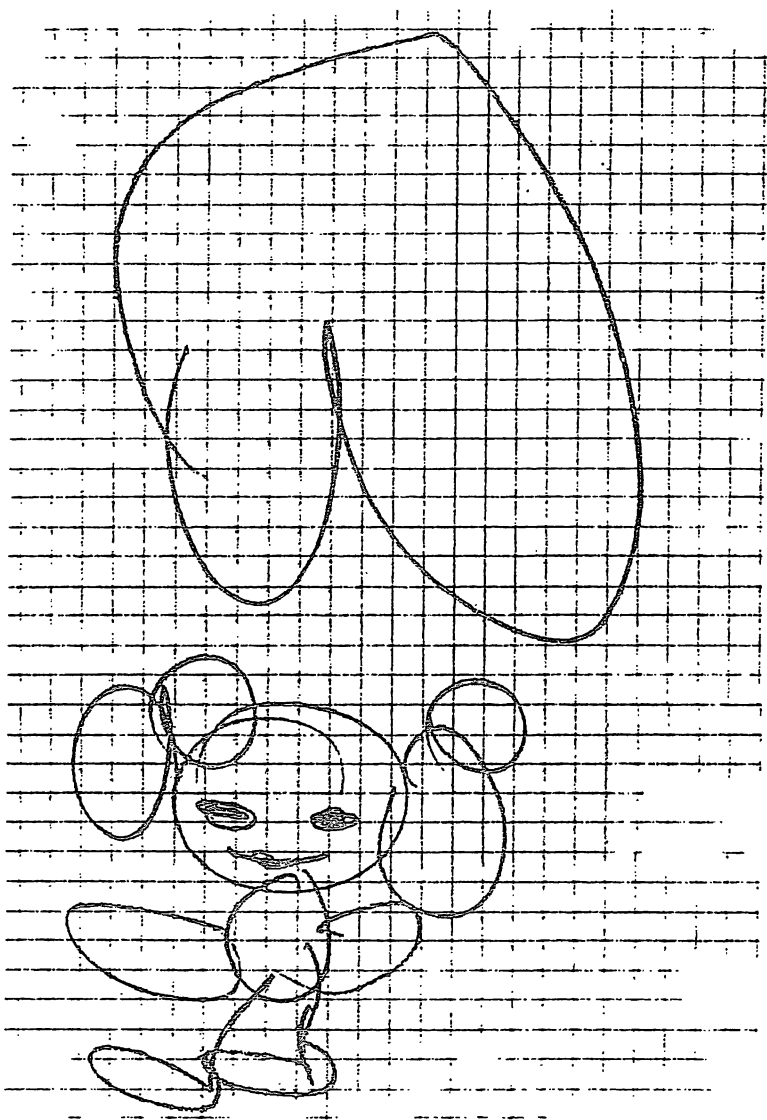


Рис. 3. «Аня дикая»

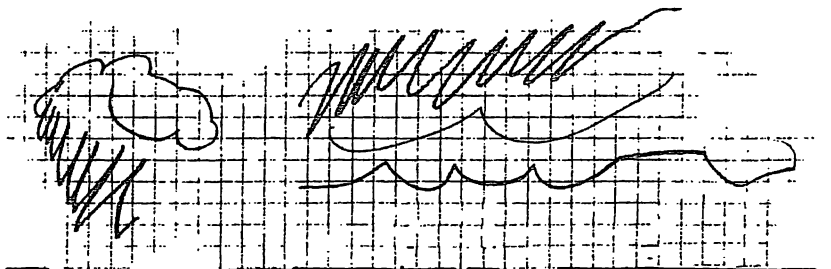


Рис. 4. «Зубы—зубчики»

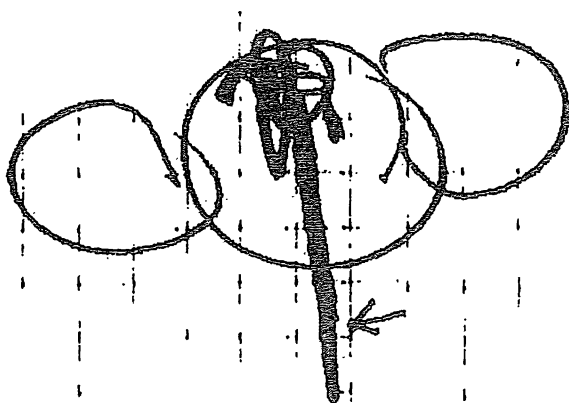


Рис. 5. «Аня — королева уколов»; «вся злость как шприц»

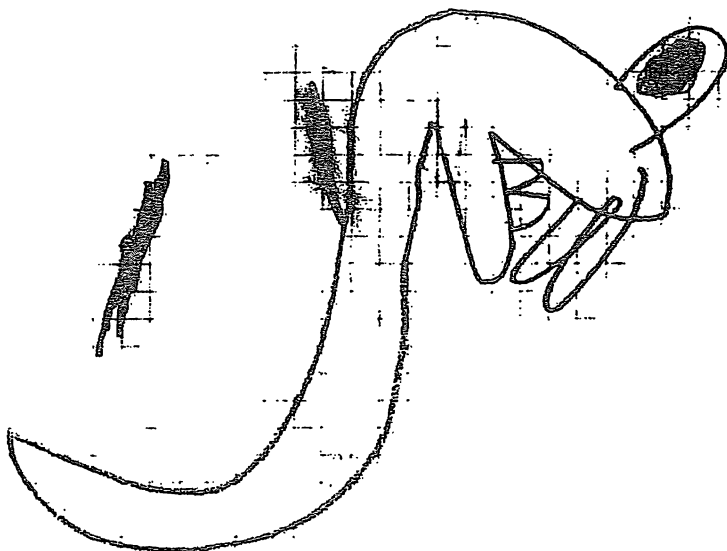


Рис. 6. «Гадюка»

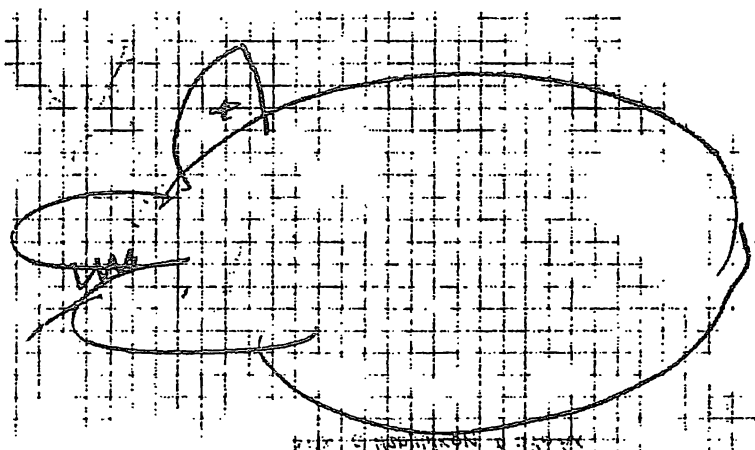


Рис. 7. «Злой поросенок»

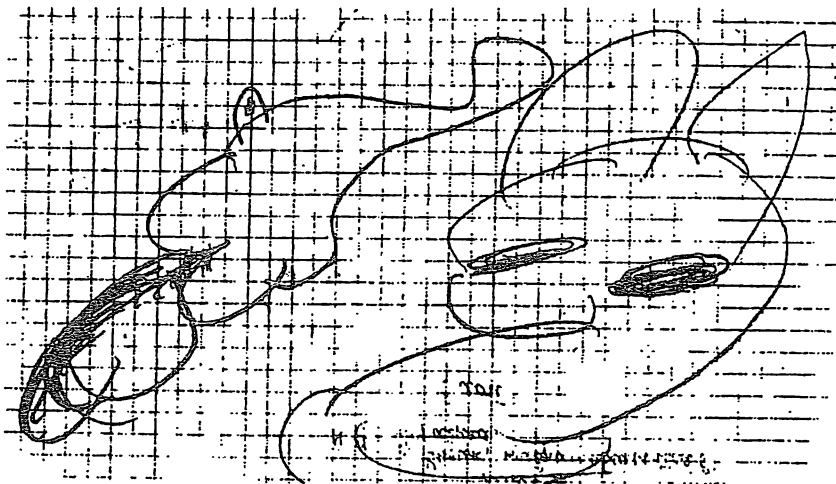


Рис. 8. «Змея ест поросенка»

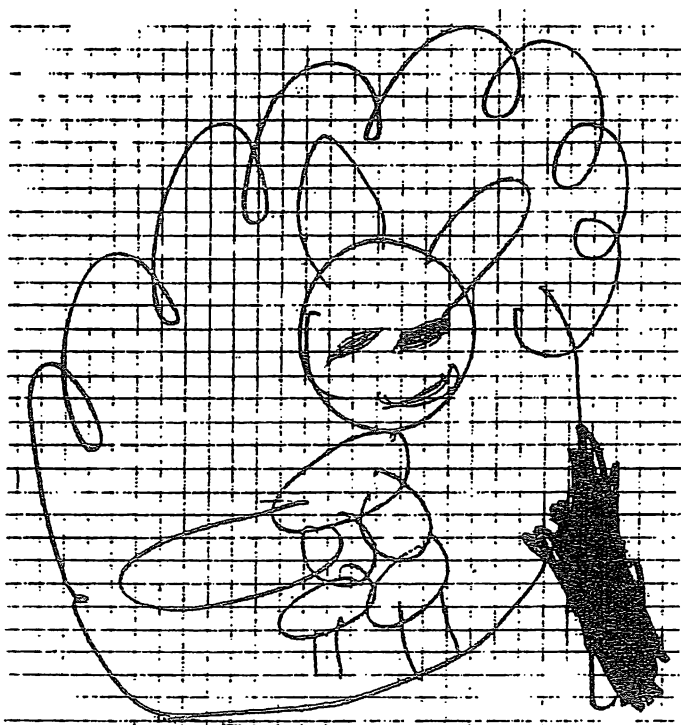


Рис. 9. «Киса Сонька»

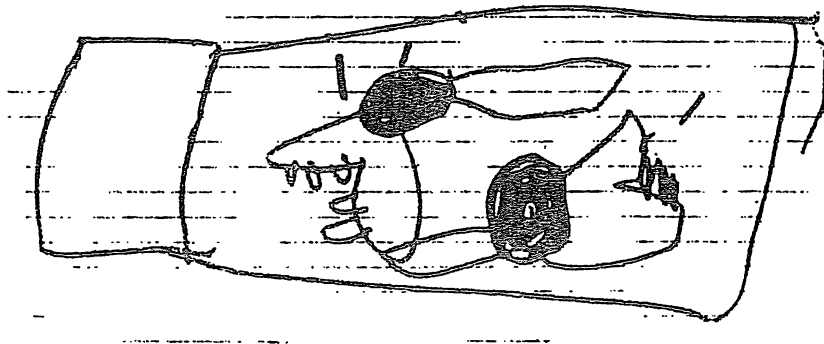


Рис. 10. «Крокодил Гоша. Гоша — огромный глаз» (тема злых глаз)

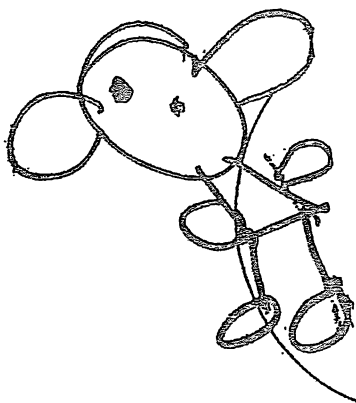


Рис. 11. «Аня-невеста». «Все, Аня стала дикой. Сидит на цепи макакой. Дрессировать и воспитывать надо. Почему крокодил злой? Зубы белые, как иголки. Вырвать зубы ему щипцами»

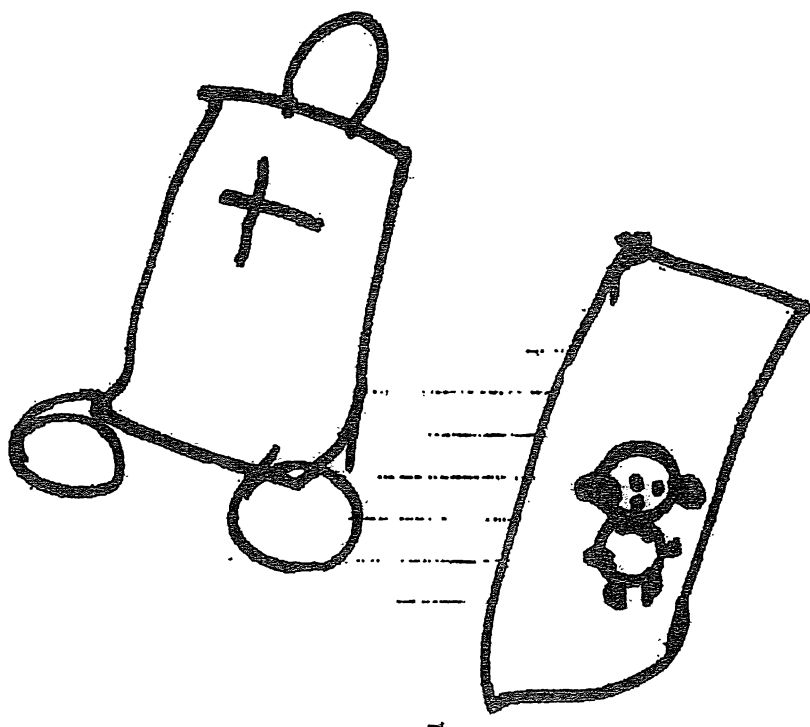


Рис. 12. «Аню дикую отвезли в больницу»

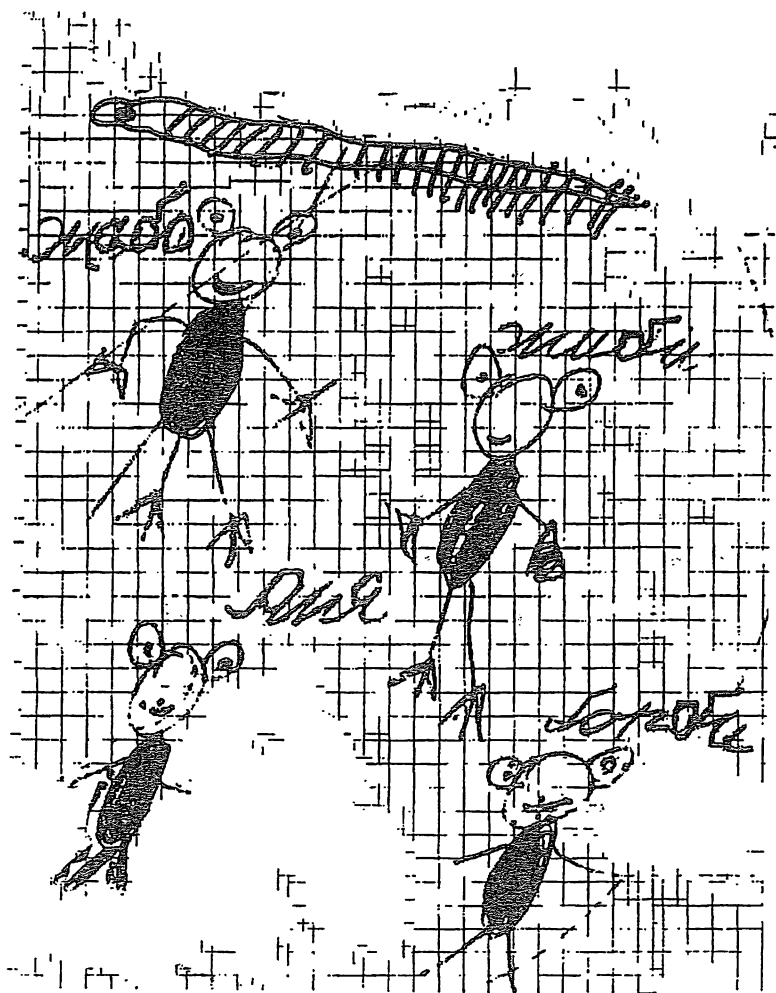


Рис. 13. «Разлука — потому, что гадюка ест лягушек» (11,5 лет)



Рис. 14. «Аня и кошка Сонька на улице на травке» (интегрированный светлый рисунок; между фигурами — губная помада, атрибут женской красоты) (8 лет 3 месяца)



Рис. 15. «Аня — маленькая малышка, Даря — большая и толстая» (Аня изображена на руке у девочки, которая младше ее на год) (8 лет 5 месяцев)

СЛУЧАЙ ВТОРОЙ. Тоня

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ¹

Впервые я увидела Тоню, когда она была помещена в дошкольное (острое) отделение детской психиатрической больницы № 6 в сентябре 1999 г. в возрасте 6,5 лет. Перед стационарированием девочка в течение нескольких месяцев посещала дневной стационар при научном Центре психического здоровья. Там Тоню проконсультировала профессор В.М. Башина, которая поставила диагноз «ранний детский аутизм». Данные комплексного обследования, проведенного в больнице, не дали оснований для пересмотра этого диагноза.

Я [М.Б.] познакомилась с Тоней в первый день ее пребывания в больнице. Это была девочка с серыми, тогда мало выразительными глазами на узком лице, с длинными светло-русыми волосами, собранными в хвост, в неизменном платье из темно-синего бархата с вышитым на груди сердечком.

Несмотря на ее худобу, назвать телосложение Тони астеническим или инфантильно-грацильным было бы неверным, так как ноги ее были крепкими и упругими, а руки — сильными и ловкими. Тоня — подвижная, юркая девочка, с очень своеобразным характером движений, особенно локомоторных и мимических.

Перемещения ее непредсказуемы, порывисты и стремительны, как у стрекозы. Так же неподвижно, как стрекоза, застывает Тоня, очарованная красивой вещичкой, или прислушиваясь к разговору взрослых, или предаваясь фантазиям, не замечая бегающих и кричащих вокруг нее детей.

Резкие колебания между «бесцельными» перебежками по группе и застываниями с отсутствующим взглядом или

¹ Дата рождения — 19.02.1993. Регулярные занятия с Тоней проводились в период с сентября 1999 г. по апрель 2001 г. Последняя оценка развития девочки проведена 05.01.2002. В настоящее время ее развитие оценивается время от времени.

взглядом «сквозь» окружающих не оставляли у опытных клиницистов сомнений в болезни девочки.

У Тони не отмечалось явных признаков депрессивной реакции на госпитализацию, она не вспоминала о доме и семье. Однако хаотические передвижения по групповой комнате, крики: «Спасите! Помогите!» в ответ на малейшее вторжение в ее личное пространство, усиление избирательности в одежде и еде (не разрешала менять себе платье, ела только хлеб и пищу, принесенную из дома) свидетельствовали о чрезмерной тревоге, обострившейся в результате госпитализации. В дальнейшем эти признаки значительно уменьшились.

Из беседы с матерью выяснилось следующее.

Тоня живет с родителями и старшими братом и сестрой. Мать — энергичная женщина, имеет два высших образования (математическое и педагогическое), в настоящее время не работает, так как занимается воспитанием детей. Отец — программист, подолгу работал за рубежом, в первые годы жизни Тони почти не принимал участия в ее воспитании.

Беременность протекала с угрозой прерывания на первых неделях. Роды в срок, самостоятельные, в чисто ягодичном предлежании, сопровождались слабостью родовой деятельности, оказывались акушерские пособия. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки. Грудь взяла активно. Апгар — $\frac{8}{9}$.

Мать девочки хорошо помнит детали ее раннего развития, которое имело типично аутистический характер. Тоня до 8 месяцев не улыбалась, не выделяла мать, не реагировала оживлением на обычные детские игрушки. С полутора лет увлеклась пазлами, которые собирала легко и быстро, ориентируясь на формальные, а не на смысловые признаки. С 4-х лет, когда Тоня начала говорить, она стала смотреть мультфильмы и со второго раза дословно запоминала длинные диалоги героев, которые воспроизводила, не заботясь о четком произнесении слов. Больше усилий Тоня тратила на точное воспроизведение зрительного ряда (рисовала, лепила героев).

Понимая, что развитие Тони во всех областях идет совсем по-другому, чем развитие ее старших детей, мама на-

блюдала за ним скорее с интересом и любовью, чем с тревогой и не предъявляла особых жалоб на состояние дочери. Депрессивных переживаний не было вовсе; считала дочь особенной и не пыталась вмешиваться в ее развитие.

Исходя из этой установки на особое развитие девочки, мама прежде всего обеспечивала ей условия эмоционального и телесного комфорта дома (до 3-х лет пользовались памперсами и кормили девочку из бутылочки), а также поощряла ее интерес к мультипликации, который называла «творчеством» (снабжала Тоню необходимым материалом: мультфильмами на видеокассетах, компьютерными играми и расходными материалами — фломастерами, пластилином и др., интересовалась продуктами ее деятельности, тщательно хранила их). Обучающие воздействия в домашних условиях до школьного возраста (дрессура, наказания) были исключены. Протестные реакции Тони мама считает результатом болезненного и опасного для девочки столкновения с реальностью, поэтому в первые 5 лет жизни она была ограждена от таких столкновений почти полностью, а в дальнейшем мама «перепоручила» основную часть ее обучения и социализации специальным педагогам, психологам и логопедом. Дом, семья оставались местом безусловного принятия и свободного творчества. Именно творчество — при поддержке брата и сестры — должно, по замыслу мамы, стать источником самостоятельного существования для Тони во взрослой жизни.

Следовательно, мама обеспокоена будущим дочери. Повидимому, решение матери поместить девочку в больницу было продиктовано не только внешними обстоятельствами (в связи с отъездом мужа в длительную зарубежную командировку мама вынуждена была одна заботиться о троих детях). Девочке было уже 6,5 лет, и вставал вопрос о школе, к которой Тоня, занимавшаяся преимущественно тем, что доставляло ей удовольствие, была явно не готова. Мама начинала осознавать необходимость каких-то критических воздействий, внешних возмущений, полной перемены условий развития для стимуляции личностной автономии Тони.

АНАЛИЗ ДАННЫХ РАЗВИТИЯ (С РОЖДЕНИЯ)

1. Условия развития: благоприятные и неблагоприятные факторы

Неблагоприятные факторы:

1. *Наследственность.* У отца девочки ярко выраженные аутистические черты, он программист, интересуется только работой, друзей не имеет.

2. *Симбиотические элементы в отношениях с матерью.* У матери в течение первых семи лет жизни девочки сохранялось восприятие ее эмоциональных личностных особенностей как характерных для еще не родившегося младенца. До сих пор к девочке предъявляются минимальные требования, мать обращается с ней максимально ласково.

3. *Занятость матери другими детьми.* Другие дети (сестра — старше Тони на 1,5 года, брат — на 5 лет), с точки зрения мамы, в дошкольном и младшем школьном возрасте подавали большие надежды, опережали сверстников интеллектуально. Мать много занималась их развитием, в то время как забота о Тоне в первые 4 года ее жизни во многом сводилась к тому, чтобы уберечь ее от эмоциональных нагрузок и предотвратить аффективные вспышки, мешающие старшим детям.

Благоприятные факторы:

1. Психическое здоровье матери в сочетании с реалистической оценкой особенностей развития девочки.

2. Любовь матери (принятие девочки, понимание ее своеобразной эмоциональной экспрессии, поощрение ее совместных занятий с сестрой и отцом, поддержка ее творчества).

3. Общение со старшей сестрой, согласной участвовать в Тониной игре на подсобных ролях (разница в возрасте — 1,5 года), которое в последнее время становится все более интенсивным.

4. Занятия с папой на компьютере (игры и графика).

5. Оптимальные ситуации вынужденной активности, которые стимулировали развитие личностной автономии Тони в коллективе детей (речь идет о жизни Тони в старшем дошкольном возрасте) в условиях стационара пяти-

суточного пребывания. Тоня находилась там по 2—3 раза в год в возрасте от 6 лет 7 месяцев до 8 лет 2 месяцев. Продолжительность каждой госпитализации — около 2-х месяцев (с регулярными отпусками домой на выходные).

6. Регулярные занятия с психологом и логопедом в условиях больницы.

7. Обучение в школе (девочка была принята сразу во второй класс, индивидуальные занятия по программе вспомогательной школы проводились с 8 лет 8 месяцев).

II. Возрастная динамика новообразований в эмоциональной сфере

В раннем детстве нарушений в регуляции цикла «сон—бодрствование» не было. В более старшем возрасте отмечались эпизодические нарушения сна (в домашних условиях девочка регулярно просыпалась в 3—4 часа утра, смеялась или кричала, в больнице такие случаи были единичными).

Отмечается грубая задержка в появлении основных форм *поведения привязанности*. Улыбка появилась только в 8 месяцев, реакции оживления на мать не было. Появление искренней (не стереотипной) *реакции приветствия* (по отношению к сестре) — в 6 лет 9 месяцев, по отношению к матери — в 7 лет 1 месяц (задержка по сравнению с нормой более чем на 6,5 лет. В норме наиболее ранним эквивалентом реакции приветствия является комплекс оживления, наблюдаемый у трехмесячных младенцев).

Тактильный контакт девочка использовала для получения ощущения комфорта, но не для общения. Тоня не умела проявить ласку до 7-ми лет.

Протест против разлуки с матерью был недостаточно сформирован: девочка с трудом отпускала от себя мать, но затем не скучала по ней.

Лепет появился в 1 год (норма — 7 месяцев). По сравнению с грубейшей задержкой развития коммуникации и поведения привязанности, отставание в развитии символической активности (а лепет является ее предвестником) было не столь значительным. Это один из ярких примеров искажения в развитии Тони.

Ориентация на эмоционально-выразительные сигналы матери оставалась недостаточной до 7-ми лет. Интересовалась теми предметами и игрушками, которые не требовали участия близких людей (с 1,5 лет собирала пазлы).

Эмоциональное заражение, подражание, понимание эмоциональных состояний близких людей были минимальными до 6-ти лет 10 месяцев. В этом возрасте девочка научилась подражать интонации и ритму речи близких людей (в норме это происходит в 14 месяцев), что послужило толчком к развитию других эмоционально выразительных средств общения (мимики и жестов) и облегчило идентификацию с эмоциональными выражениями других людей. Тоня стремилась «слиться» с понравившимся ей образом путем точного воспроизведения эмоционально-выразительной интонации говорящего, а также последовательности всех действий персонажа, но мимика и жесты часто рассогласовывались с более богатой интонацией или были очень скудными.

До 9 лет эмоциональное заражение и подражание оставались избирательными и неравномерными (в норме эти способности являются врожденными).

Например, с 7-ми лет Тоня очень хорошо и полно подражала тому, как ее мать выражает восхищение чем-либо («Какой красивый!»), правильно передавая весь комплекс признаков восхищения. К интонации восхищения здесь прибавляются задержка дыхания, широко открытые глаза, улыбка. Тоня устремляется к привлекательному предмету, но в благоговении останавливается перед ним, замирает.

Подражание другим эмоциональным выражениям давалось ей с некоторым трудом. Так, она точно и проникновенно воспроизводила любую *неагрессивную* интонацию любимых ею персонажей из мультфильмов (насекомых, птичек, зверей). Это могли быть интонации материнской заботы, отчаяния малыша в разлуке с мамой, радости от их встречи, однако образ оставался искаженным из-за несоответствия правильной интонации и несколько отрешенного, иногда отсутствующего выражения лица.

Примерно в том же возрасте Тоня стала воспроизводить гневные интонации, но выглядело это комично. Истинной злости девочка не испытывала, лишь повторяла некоторые «ругательные» слова, сопровождая их стереотипными жестами, но, судя по мимике, оставалась внутренне спокойной. Например, ритмично ударяла по столу книгой со словами: «Глупости все это, глупости!».

Девочка не интересовалась эмоциональными состояниями близких людей в том случае, если учет этих состояний был ей невыгоден, шел вразрез с ее потребностями. Так, в 7 лет она просила сестру слепить ей из пластилина нужные для ее игры персонажи, но не позволяла ей играть вместе с собой.

Впервые Тоня стала жалеть близких в 8,5 лет с задержкой по меньшей мере на 7 лет и в опосредованной форме (предложила прилечь сестре, которая пожаловалась на головную боль).

В целом, отношения привязанности с матерью до 6,5 лет оставались инфантильными, *паразитическими* со стороны Тони. Мать не ощущала в девочке самостоятельную личность, считала, что «она как будто еще не родилась». Поведение Тони подтверждало слова матери: она не реагировала на приход и уход матери, вела себя с ней так, как будто разлуки и не было, игнорировала и не сохраняла любой негативный опыт, связанный с столкновением с реальностью, не обращала внимания на свою одежду, не использовала местоимение «я» в речи о себе.

Мать инфантилизировала девочку, немедленно откликаясь на любой ее сигнал, так что Тоня не ощущала своей отделенности от матери. Мать и сестра понимали ее аутистическую речь и у Тони выработалось ожидание, что все люди должны подобным магическим образом угадывать ее желания и сообщения.

Диалог как форма эмоционального контакта с близкими развивался очень медленно, начиная только с 6,5 лет. Преобладали требования или эгоцентрические аффективные монологи. Способность к поддержанию самого простого диалога стала устойчивой только к 8 годам.

Таким образом, целый ряд форм поведения, которые характерны для поведения привязанности и коммуника-

ции нормального младенца в возрасте от 0,5—1,5 лет¹, у Тони не сформировались или находились в зачаточном состоянии. Если у Анны в поведении привязанности доминировали признаки искажения, то у Тони — признаки недоразвития и грубой задержки.

Коммуникация со сверстниками развивалась со значительным опозданием. В первые шесть лет жизни девочка игнорировала всех других детей, кроме сестры и брата. Регуляция поведения признаками «свое—чужое» была искажена, а в дальнейшем неустойчива. Так, в 7 лет Тоня тщательно оберегала свои вещи, не допускала приближения другого ребенка к своим игрушкам, отпугивая его криком и визгом. Однако сама легко брала чужое, если ей это нравилось (без всякого стыда ела чужие гостинцы) или считала чужую вещь своей по той причине, что однажды уже беспрепятственно использовала ее в своей игре.

В 6,5 лет в условиях госпитализации девочка вынуждена была научиться элементарным навыкам общения с другими детьми, хотя поначалу в их присутствии испытывала сильную тревогу, которая выражалась в резком усилении моторных стереотипий (девочка часами бегала по кругу) и полной дезорганизации игры. Только через год Тоня не только смогла выдерживать присутствие других детей рядом с собой, но и пыталась управлять их поведением, включать их в свою игру.

Агрессивное поведение было незначительным, эпизодическим, представляло собой адекватную по силе реакцию на барьер, не использовалось девочкой для установления более высокого статуса в группе.

Тоня начала пользоваться *символами* для сохранения и переработки своего эмоционального опыта в 4 года (норма — 1,5 года). Однако здесь отмечались искажения в последовательности овладения разными формами символизации. Сначала появились *рисунок* и *речь*. Тоня рисовала героев мультфильмов, причем один и тот же рисунок она выполняла в очень большом количестве экземпляров.

¹ Например, реакция следования за матерью, стремление поделиться с ней новым опытом, учет ее сигналов при игре в незнакомой ситуации.

Простая *сюжетная игра* (укладывала спать куклу) появилась с большой задержкой, только в 6 лет. До этого предпочитала игры, лишённые эмоционального смысла: манипулировала с мелкими предметами (мозаикой), занималась классификацией игрушек по формальным признакам (цвету и размеру), играла в компьютерные игры со стереотипными действиями (собирала шарики, фрукты). Благоприятным в плане прогноза является то, что эти игры, несмотря на их формальный, стереотипный характер, представляли собой собирание, упорядочивание материала, а не его разрушение.

Более сложные сюжетные игры, в которых она могла проигрывать темы разлуки, встречи, заботы, появились в 6,5 лет (норма — 3—3,5 года). Однако сюжет игры стереотипно повторялся, а прообразами были те же самые герои мультфильмов, рисованием которых девочка увлеклась в 4 года (это увлечение развивается и сейчас).

Развитие *личностной идентификации* происходило с грубой задержкой и некоторыми искажениями. На протяжении периода с 4-х до 7-ми лет Тоня идентифицировала себя с положительными игрушечными животными и героями мультфильмов. Правильное употребление «я» и изображение себя в образе девочки, а не животного отмечается только после 7-ми лет. Первые признаки правильной *половой идентификации* появились только в 6,5 лет. *Возрастная идентификация* была неустойчивой, Тоня преуменьшала свой возраст (когда ей было 8 лет, говорила, что ей только 6 лет).

Таким образом, несмотря на очевидные параллели с нарушениями развития личностной идентификации у Анны, у Тони в этой области преобладали явления инфантилизма, у Анны — искажения.

Профиль эмоционального развития девочки в целом можно охарактеризовать как значительно задержанный с признаками искажения и пропусками отдельных новообразований.

III. РЕГРЕССЫ И ЯВЛЕНИЯ НЕУСТОЙЧИВОСТИ В РАЗВИТИИ, ИХ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Развитие девочки протекало без периодов злокачественного или глубокого регресса. Темп развития можно охарактеризовать как очень медленный в период с рождения до 3-х лет, с последующим постепенным ускорением.

Старые формы поведения и символической активности устойчивы из-за их связи с примитивным или искаженным аффектом и образуют постоянные точки фиксации, к которым девочка регрессирует в условиях даже слабой аффективной нагрузки.

Сильнее всего выражены и мешают развитию регрессивные явления в следующих областях (в скобках, помимо новых форм, которые могут регрессировать, указаны старые формы — так называемые точки фиксации, к которым происходит регресс от новых форм):

- в отношениях привязанности (здесь сталкиваются симбиотическая привязанность и более зрелые отношения);

- в эмоциональной коммуникации (полный эмоциональный контакт неустойчив, легко «обтаивает» до отдельных его компонентов или подменяется копированием эмоциональных выражений и высказываний другого человека);

- в речевой коммуникации (более сложная коммуникативная речь регрессирует до уровня эхололий, аутистической речи или до игры с чистыми интонациями);

- в символической переработке собственного эмоционального опыта (регресс к подмене собственного опыта чужим — из жизни мультипликационных героев, регресс от более полного восприятия своего опыта к частичному);

- в личностной идентификации (восприятие себя как девочки неустойчиво, легче и естественней восприятие себя как детеныша животного, особенно в условиях эмоционального напряжения).

Рассмотрим эти регрессивные тенденции подробнее.

У Тони длительно сохранялась *симбиотическая связь с матерью*, фиксация на ранней оральной стадии развития отношений. Привязанность на этой стадии сводится к полной зависимости младенца от заботы матери, при этом

эпизоды взаимодействия во время кормления оказываются очень важными для эмоционального благополучия малыша. Мать относилась к девочке как к «маленькой»: ее пеленали в течение длительного периода, до 3-х лет Тоню кормили из бутылочки, использовали памперсы, поэтому навыки самообслуживания до 4-х лет сформированы не были.

До 6,5 лет стремление «паразитировать» на близких людях у Тони не уменьшалось, поскольку мать не предпринимала реальных шагов к построению более сложных отношений привязанности с дочерью, позволяла Тоне находиться в своем выдуманном, идеализированном мире, угадывая и исполняя ее желания. Поэтому в отношениях с другими людьми Тоня пыталась воздействовать на них магическим способом, который был эффективным в ее отношениях с мамой.

Следующие примеры показывают разнообразие способов, которыми пользовалась Тоня для магического воздействия на окружающих во время занятий с психологом в больнице. Так, при приближении другого ребенка к ее игровой территории она закрывала глаза, изо всех сил визжала, стремясь не столько отпугнуть ребенка, сколько призвать на помощь взрослого (до 7,5 лет). В 8 лет 1 мес. она протягивала руку, закрывала глаза и требовала отсутствующую игрушку у психолога, как будто та могла сделать ее из воздуха. В том же возрасте она считала, что психолог должна так же легко понимать ее аутистическую речь, как это делала мама.

Тенденция регрессировать на эту стадию сохранялась до 7,5 лет, т.е. до построения достаточно устойчивого образа Я.

Эмоциональная коммуникация расстраивалась из-за нарушений координации между разными видами контакта. Глазной контакт нарушается (пропадает) уже при небольшой тревоге. Интонация недостаточно выразительна, собственный голос (бас с хрипотцой) прорывается крайне редко, когда психолог просит говорить ее шепотом. Обычно Тоня беседует от лица игрушечных зверей их голосом.

Это монотонный, высокий, похожий на птичий щебет голос. Ритм речи при этом упрощается, стереотипизируется («Хочешь хлеба? Хочешь каши?»).

Речевая коммуникация особенно легко регрессирует во время одиночной игры. Так, когда Тоня (до 8 лет) разыгрывала диалоги между игрушечными зверями, ее первоначально четкая речь постепенно становилась неразборчивой, согласные звуки исчезали, последние слоги девочка проглатывала, и речь регрессировала до уровня чистой интонации (слон рычит, а зайчонок пищит).

В диалоге со взрослым отмечались менее выраженные, чем в одиночной игре, но разнообразные регрессивные явления. Так, Тоня (в 6,5—7 лет и младше) небрежно относилась к своему произношению, произвольно заменяла и добавляла слоги («слонон» вместо «слон»). В период обучения письму (в 8 лет) Тоня так же произвольно обращалась с буквами, варьируя их в разных комбинациях, создавая новые слова. В том же возрасте училась русскому языку как иностранному, правильные грамматические формы усваивала с большим трудом, однако с удовольствием училась склонению глаголов по лицам в условиях игры с четким ритмом. Так, без помощи взрослого пользовалась самой простой формой «я качаться», в условиях раскачивания на игрушечной лошади повторяла за психологом все формы правильно. В 7 лет 9 месяцев все еще регрессировала на уровень эхололий, хотя в этом возрасте уже начала вести самостоятельный диалог, предпочитая свой грамматически неверный ответ формально правильному, но бессмысленному повторению высказывания взрослого. В этом же возрасте стала пытаться самостоятельно отвечать на вопросы, однако правильно отвечала только на вопрос «где»; вопросные формы «кто» и «что» путала; вопрос «почему» оказывался для нее самым сложным, и на него она давала ответ эхом.

Тоня не заботилась о точности слов, обобщала по эмоционально-значимому для нее признаку (крылышки у игрушечной пчелы называла волосами и настаивала на этом слове, ногу у коровы — палкой), что также затрудняло коммуникацию.

Регрессивные тенденции в области *символической активности* выражались в неустойчивости воспроизведения в игре реальных сюжетов из ее жизни и в отщеплении отрицательного эмоционального опыта. Хотя девочка начала думать об опыте разлук после первой госпитализации (в 6,5 лет), она редко проигрывала подобные сцены, предпочитая им создание бесконечных серий из образов сказочных существ и их безоблачной жизни.

Регрессивные тенденции в области *личностной идентификации* проявлялись, во-первых, в настойчивом стремлении кого-то изображать, но не быть собой. В 7 лет 8 месяцев копировала выражение лица, позу, интонацию психолога, стремясь полностью мимикрировать под него, подобно тому, как младенец подражает эмоциональной экспрессии матери.

Вторая регрессивная тенденция в этой области была связана с неустойчивостью идентификации Тоней себя как девочки и более естественным восприятием себя в образе милого домашнего животного. Хотя уже в 6,5 лет наметились первые признаки правильной идентификации (Тоня впервые заявила о том, что она больше «не кошечка»), регресс к более естественному для Тони образу детеныша животного отмечался регулярно, по крайней мере еще до 8-ми лет. «Я не Тоня, я кисюня», — обижалась она, когда к ней обращались по имени (в 7 лет). При этом устойчивость правильного употребления личного местоимения «я» повышалась, если Тоня воспринимала себя как маленькое животное.

Области, в которых разворачивается творческая активность девочки — игра, рисование, лепка, вырезывание, компьютерная графика — являются практически *свободными от регрессивных тенденций*.

Девочка спокойно относится к тому, что рисунок с первого раза не получился, всегда доводит дело до конца, очень продуктивна (создает серии рисунков), работает быстро и легко (на одном дыхании). С 4-х до 8-ми лет эта творческая активность по сути была воспроизведением любимых ею персонажей мультфильмов. Точность воспроиз-

ведения деталей позволяет думать, что девочка имеет фотографическую память. С 8-ми лет стали возможны свободные комбинации виденных ранее образов (собственно творчество). Очень редко, только в ситуации сильного эмоционального напряжения, рисунок может значительно упрощаться. Например, когда на занятии с психологом в больнице присутствовала мать, регресс рисунка до уровня каракулей был ярким признаком стрессовой реакции девочки на эту ситуацию.

IV. Соотношение между деструктивным и конструктивным, творческим, началами

На протяжении всего периода наблюдения за развитием девочки отмечалось преобладание конструктивного начала. В дошкольном возрасте это выражалось в особой избирательности восприятия и памяти: Тоня выделяла и охраняла только красивые, светлые, однозначно добрые впечатления. По меньшей мере до 5-ти лет темная, уродливая, страшная сторона явлений и людей не находила глубокого отклика в Тоне. В 8,5 лет Тоня могла мимоходом лаконично заметить: «Какой ужас! Кошмар!», наблюдая за игрой старшего брата в «стрелялки» на компьютере. Однако никаких следов в ее творчестве эти впечатления не оставляли.

У Тони отмечаются импульсивные кратковременные протестные реакции, если она чувствует угрозу своим занятиям со стороны. Хотя с точки зрения поведения эти реакции можно отнести к агрессивным (девочка может толкнуть, ударить), характер их исполнения выглядит комичным, так как судя по выражению ее лица, истинной злобы она не испытывает. Тоня не копит обиды и не терпит напряженной атмосферы вокруг себя, сразу же пытаюсь разрядить ее. С обезоруживающей улыбкой девочка подходит к тому человеку, с которым минуту назад поссорилась.

В отличие от Анны, у Тони практически отсутствуют внутренние деструктивные импульсы, поэтому даже объективные источники опасности не могут служить экраном для их проекции.

После 7-ми лет Тоня засыпает и просыпается с неизменной улыбкой, спит спокойно, не жалуется на страш-

ные сны, не боится людей, хотя и не испытывает желания пообщаться с ними, ей не свойственны страхи наказания, преследования.

У Тони никогда не отмечалось внезапного стремления разрушить продукты своего творчества в порыве отчаяния или гнева. С другой стороны, Тоня никогда не пыталась складывать и хранить неудачные рисунки; не было у нее и бережного отношения к мусору, отходам. Тоня время от времени перебирала свои рисунки; когда их накапливалось слишком много, сохраняла наиболее, с ее точки зрения, удачные, остальные со спокойной душой позволяла матери выбросить.

Таким образом, конструктивное начало в Тоне элементарно по своей структуре, оно не является попыткой интегрировать противоречивый опыт.

Тем не менее, даже такие кажущиеся наивными попытки упорядочивать материал в узкой области (создание маленьких, слабых, но прекрасных существ в творчестве и поддержание уюта и гармонии внутри себя и в узком семейном кругу) позволяют Тоне неплохо развиваться.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ

I. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СИМПТОМОВ ПО УРОВНЯМ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ. Оценка тяжести и устойчивости симптомов

В начале работы с Тоней (в 6,5 лет) устойчивые патологические симптомы отмечались на каждом уровне эмоциональной регуляции. Учитывая анамнестические данные, можно было реконструировать движение симптомов на предшествующих этапах развития девочки.

Первый уровень — уровень оценки интенсивности воздействий. По-видимому, симптомы нарушений на этом уровне преобладали только в период от рождения до 1,5 лет, поскольку на других уровнях механизмы регуляции тогда еще не были сформированы. В течение первых 8-ми месяцев жизни у девочки отмечалась *резко сниженная чувствительность к любым внешним воздействиям* (не чувствовала сенсорного дискомфорта). Затем, к концу первого года

жизни, чувствительность стала повышаться, однако крайне неравномерно.

Девочка явно предпочитала простую звуковую или зрительную стимуляцию от неодушевленных предметов: прислушивалась к звукам погремушки, катала шарики, мячики, смотрела телевизор.

В то же время от близких людей Тоня с удовольствием воспринимала только простую тактильную стимуляцию (ласку), избегая зрительного контакта с ними. Причем радовалась ласке лишь изредка, когда чувствовала себя в полной безопасности и когда эта ласка не прерывала ее собственной активности.

Контактные формы исследования никогда не преобладали, девочка «пропустила» оральную стадию исследования предметов.

Начиная с 1,5 лет, у Тони стала проявляться *повышенная чувствительность* к некоторым зрительным признакам предметов (со знаком «плюс»): она по собственной инициативе классифицировала предметы по цвету, размеру, собирала пазлы. Сама по себе такая высокая чувствительность не является нарушением, однако по контрасту с плохой ориентацией в чисто «человеческих» воздействиях свидетельствует об искажении эмоциональной сферы.

Относительно устойчивым нарушением, сохраняющимся до 9-ти лет, является *повышенная чувствительность* к чисто «человеческим» воздействиям (*приближению другого человека, взгляду, прикосновению, обращению по имени*). Однако эта чувствительность не является самостоятельным нарушением, а поддерживается искаженной работой вышестоящих уровней.

Непереносимость приближения другого человека возникает лишь в том случае, когда Тоня чувствует угрозу вторжения в ее игру. Тогда она визгом или криками «Спасите! Помогите!» может отпугивать приближающегося к ней человека. Если на занятии присутствуют незнакомые люди, Тоня заботится о том, чтобы наблюдатели не могли вторгнуться в ее игровое пространство. Любые внешние указатели границы ее территории снижают тревогу (периодически девочка залезает на лестницу, где чувствует себя

в безопасности; отворачивается и играет в самом углу или внутри огороженной территории).

В безопасных условиях (например, когда взрослый подстраивается к игре Тони и предлагает повороты сюжета, гармонирующие с общим характером ее игры) переносимость глазного, тактильного и голосового контактов со взрослым заметно увеличивается.

Можно предположить, что другой человек воспринимается Тоней как агрессор не столько из-за ее особой чувствительности к голосу, взгляду, прикосновению, сколько из-за его попыток отвлечь Тоню от ее фантазий. В созданном Тоней фантастическом, идеальном мире агрессия практически отсутствует. Агрессивные импульсы изначально очень слабы и проецируются только на воздействия, мешающие спокойному течению ее фантазий.

По мере того, как воображаемый мир Тони стал приобретать более реалистические черты, агрессивные импульсы постепенно интегрировались в образе Я (это выражалось в том, что в рисунках и игре появились редкие, но хорошо контролируемые агрессивные эпизоды), повышенная чувствительность к человеческим воздействиям значительно уменьшилась. Наиболее существенные положительные сдвиги в этой области произошли в течение последних 2,5 лет, т.е. с 6 лет 6 месяцев до 8 лет 10 месяцев.

Таким образом, у Тони наблюдается 4 симптома, описывающих нарушения этого уровня, причем отмечается тенденция к нарастанию неустойчивости трех из них (низкая выносливость к взгляду, прикосновению, обращению) и вытеснению их более здоровыми формами реагирования. Повышенная чувствительность к форме, цвету при условии ее осмысленного использования для символизации эмоционального опыта, а не для абстрактной классификации не мешает развитию, напротив, на ней основывается художественная одаренность девочки.

Следовательно, ядерные нарушения эмоциональной регуляции следует искать в уровнях, располагающихся выше, особенно в уровне эмоциональной коммуникации и в уровне символической регуляции эмоций.

Второй уровень — уровень аффективных стереотипов. На этом уровне симптомов значительно больше, чем на первом уровне. Однако и здесь не так много самостоятельных нарушений, не зависящих от патологии в вышележащих уровнях.

В возрасте от 1,5 до 4-х лет из-за грубой задержки развития символической активности нарушения эмоциональной регуляции концентрировались именно на этом уровне.

Преобладали нарушения в виде *слабости влечений*, доминирования *моторных стереотипий* и *ригидных поведенческих стереотипов*.

В отличие от Анны, влечения у Тони с рождения и приблизительно до 7—8-ми лет были выражены слабо, находились в латентном состоянии. Тоня мало и нерегулярно спала (просыпалась среди ночи, кричала или смеялась), мало ела, не проявляла оформленной агрессии и никого особенно не любила. Цикл «сон—бодрствование» с суточными колебаниями активности, который в норме устанавливается в течение первых месяцев жизни, у Тони оформлялся в течение нескольких лет.

Недостаточность «жажды жизни», ощущения внутреннего источника жизненной энергии заставляла Тоню держаться за особые внутренние ощущения, которые она вызывала сама (например, особым образом двигала головой), и некоторые внешние атрибуты своего существования (особая бутылочка, одежда). Девочка постоянно воспроизводила звуковые, зрительные, мышечные впечатления, которые доставляли ей удовольствие. Для этой цели использовались стереотипный бег, прыжки, звуковая ауто-стимуляция (Тоня наполняла комнату своим голосом и движением). Она была очень консервативна в еде, одежде, формах получения заботы от близких людей, играх (например, не терпела новой одежды, нуждалась в строго определенном платье, которое воспринимала как свою «шкурку»).

Такая идентификация себя с внешним признаком являлась оборотной стороной недостаточности эмоционального опыта, «пустоты» внутреннего мира Тони (дефицит пятого уровня эмоциональной регуляции).

В возрасте около 4-х лет с появлением первых символических форм активности моторные стереотипии и жесткие поведенческие стереотипы постепенно стали отходить на второй план. Их вытесняли более *сложные стереотипы*, которые обслуживали развитие *символической активности* и в течение нескольких лет составляли главную ее форму.

Первые попытки символизации эмоционального опыта у Тони представляли собой многократное воспроизведение понравившегося героя мультфильма в рисунке или в игре. Для того, чтобы запомнить мультфильм (порядок кадров и соответствующие слова героев) наизусть, Тоне требовалось посмотреть его один-два раза. Затем она в течение нескольких месяцев жила тем, что большую часть времени кадр за кадром воспроизводила мультфильм на страницах альбома, одновременно точно озвучивая свои рисунки. На этом этапе Тоня еще не могла произвольно менять (обогащать, упрощать, помещать в новый контекст) образ, следовательно, не могла использовать его для переработки своего эмоционального опыта. Образ был очень неустойчивым и необратимым: любое изменение в рисунке вызывало его разрушение без возможности восстановления. Задача точного воспроизведения стереотипа для Тони оказывалась важнее, чем собственно символическая активность.

Потребность воссоздать любимый образ была настолько сильной, что Тоня спокойно меняла материал. Если не было под рукой карандашей, лепила; если не было пластилина, пользовалась любыми другими подручными средствами — игрушками и бытовыми предметами. Несмотря на крайнюю ригидность самого образа, в такой свободе выбора материала заключался признак, благоприятный для прогноза.

Активность Тони также проявлялась в особенностях выбора образа, который тиражировался в дальнейшем. Это были очень теплые, приятные, яркие, красивые рисунки. Во время рисования Тоня была сосредоточенна, не делала лишних движений, моторные стереотипии исчезали.

Стереотипные игры и рисование сыграли большую роль в эмоциональном развитии Тони, так как позволяли найти внешнюю форму для выражения хорошего эмоционального опыта.

На этом этапе *«катастрофическая» реакция* на попытку взрослого поменять сюжет игры или поправить деталь в рисунке, как правило, была максимальной (двигательная буря или «мнимая смерть»: Тоня ложилась на пол, закрывала глаза, скрещивала руки на груди и говорила: «Я упала» или «Я сплю», и замирала на несколько секунд или на минуту). Тоня только в исключительных случаях позволяла взрослому менять ее стереотипы, причем всегда в одну сторону — в сторону усиления удовольствия. Так, если она изредка позволяла психологу вносить изменения в сюжет ее игры, то это происходило лишь в том случае, если та угадывала ее аффективную логику, например, вводила элементы, символизирующие симбиотическую связь ребенка с мамой (сосание, кормление молочком зайчика).

Реакция на ломку поведенческих стереотипов, хотя и не была столь острой, тоже оставалась значительной. Так, в условиях *ломки целой системы стереотипов* (госпитализации в 6,5 лет) отмечался *регресс*. От сложных стереотипов, связанных с попытками «запустить» собственную символическую активность, девочка «откатилась» к уровню моторных стереотипий (в течение первой госпитализации Тоня в группе детей бегала по кругу, не могла играть). При этом на индивидуальных занятиях способность играть и рисовать быстро восстанавливалась, т.е. регресс был неустойчивым и неглубоким.

После трех лет непрерывного рисования и игры Тоня накопила целый банк хороших образов. Она тщательно сохраняла эти образы в виде рисунков и компьютерных файлов, они сформировали значительную часть внутреннего мира девочки, т.е. при накоплении некоторой критической массы эти образы стали давать пищу для творческого фантазирования (трансформации, представления в новых ситуациях, в разном настроении).

С появлением «подвижного» внутреннего мира стереотипии и ригидность стереотипов в поведении значительно уменьшились. Динамика и энергетика влечений начали восстанавливаться. Тоня могла выражать свою любовь к матери, отцу, сестре как отдельным от нее личностям и начинала более свободно и осмысленно проявлять свои все-

таки довольно слабые агрессивные импульсы. В то же самое время в речи появилось устойчивое «я».

С началом школьного обучения Тоня вынуждена была научиться терпеть регулярное и значительное вмешательство взрослого в ее активность. Более того, ей пришлось научиться отказываться от своих аутистических стереотипов в пользу более формальных стереотипов учебной деятельности. Острая ломка продолжалась в течение всего одной недели в самом начале систематического обучения, когда Тоня давала сильные протестные реакции, отказываясь от выполнения домашних заданий. Однако вскоре Тоня смогла справиться с такой нагрузкой путем превращения процедуры выполнения домашних заданий в игру, в которой она в точности воспроизводит все, что было на уроке, выступая в роли учительницы для игрушечного зверя. В настоящее время аффективные стереотипы принимают все более реалистический характер.

Таким образом, у Тони в 7,5 лет отмечалось 15 симптомов, среди которых 5 были тяжелыми. Грубое нарушение цикла «сон—бодрствование» вносило хаос в жизнь семьи, вызывало хроническую усталость и раздражение близких. Катастрофические реакции на смену стереотипов в разных сферах препятствовали развитию любых форм совместной деятельности, обучению. Слабость влечений лежала в основе низкой поведенческой активности. Положительная динамика выражается в том, что большинство из этих симптомов к 9-ти годам стали неустойчивыми, а часть из них исчезла. Благоприятно и то, что уменьшается вклад в общую картину поведения тех симптомов, которые наиболее приближены к психофизиологическим. Это моторные стереотипии, а также жесткие поведенческие стереотипы, связанные с едой, одеждой, маршрутом передвижения по городу. Развиваются более адаптивные стереотипы как на уровне жизни тела (цикл «сон—бодрствование», аппетит), так и более сложные (игровые и учебные).

В 8 лет 11 месяцев отмечается 7 симптомов, которые можно назвать устойчивыми. Они связаны с особенностями функционирования символического уровня (см. пятый уровень).

Третий уровень — уровень аффективной экспансии. На этом уровне отмечается непереносимость целого ряда барьеров, связанная с недостаточностью самоутверждающего поведения. Однако симптомы распределены неравномерно, причем эта неравномерность усиливается по мере взросления девочки. Возрастная динамика, отмечающаяся на этом уровне, сходна с динамикой, прослеженной нами на предыдущем уровне. После переломного момента — «прорыва» символической активности — барьеры, связанные с некоторыми физическими и этологически заданными признаками среды, довольно быстро утратили свою актуальность. В то же время наибольшую нагрузку стали нести барьеры, связанные с вышележащими уровнями.

Стимулы, связанные с пространством, не имеют самостоятельного значения, не побуждают Тоню к их исследованию, но и не тормозят ее активности. Тоня может использовать некоторые характеристики пространства для игры, избегания (залезает на лестницу, пересаживается за другой стол), но это остается в рамках нормы.

Новизна предметов не отпугивает Тоню. Из-за особой подвижности ассоциативного процесса девочка легко включает новый предмет в свою игру или стереотипную активность, основываясь на изолированном — наиболее ярком — признаке предмета (например, цвете). Новый материал отталкивает Тоню только в том случае, если он организован (1¹), и ей трудно выделить ключевое свойство (например, яркая картинка с множеством деталей), т.е. особенности работы символического уровня нивелируют или искажают действие признака «новизны».

Сложность объекта в виде наличия у него «живых» деталей вызвала у Тони компенсаторное усиление аутостимуляции приблизительно до 8-ми лет (2). Так, Тоня могла играть с мягкой игрушкой, изображающей какое-либо животное, только в том случае, если одновременно успокаивала себя стереотипным бегом, звуковой аутостимуляцией (озвучивала игрушку, пользуясь аутистической речью) или иными стереотипными движениями. Этот симптом был связан с

¹ Цифра в скобках указывает на порядковый номер симптома.

недостаточностью вышележащих уровней (эмоциональной коммуникации и символической регуляции эмоций).

Физический барьер вызывает у Тони целый спектр реакций, которые сильно различаются по степени адаптивности.

На протяжении нескольких лет довольно устойчивой была истероформная реакция (попытка воздействовать на взрослого чистыми аффективными средствами: криком, визгом, падением) (3). Наряду с этим поведением существовало магическое воздействие на взрослого (Тоня закрывала глаза и ждала, что желаемая игрушка окажется в протянутой руке) (4).

Наиболее примитивные истероформные реакции отмечались в ситуациях внезапно обнаружившейся недоступности желаемого элемента какого-либо стереотипного ряда, например, когда Тоня обнаруживала отсутствие нескольких букв магнитной азбуки, которых не хватало для заполнения целого ряда (т.е. в этом случае реакция на физический барьер была отягощена прерыванием стереотипной активности).

Отмечались и более зрелые реакции, связанные с быстрым развитием символической активности. Так, Тоня, поглощенная желанием воспроизвести определенный сюжет, могла и проигнорировать отсутствие или недоступность привлекательной игрушки, заменив ее на предмет, сходный по аффективно-значимому для нее признаку (замещение).

Доминантное поведение другого ребенка Тоня приблизительно до 7-ми лет воспринимала как угрожающее, поэтому стремилась к тому, чтобы обезопасить свою игровую территорию: играла в наиболее удаленной от других детей части комнаты (5). Чужие игрушки и игровая территория не стимулировали у Тони тенденцию к захвату, однако она легко могла взять игрушку у другого ребенка, если она являлась элементом ее игрового стереотипа. Защитная агрессия появилась ближе к 8-ми годам, т.е. с сильной задержкой (6). В настоящее время признак «свое—чужое» начал играть все более заметную регулирующую роль в ее поведении.

Из многочисленных барьеров этого уровня для Тони наибольшую нагрузку представляет *сложность задания, требую-*

щего учета и ориентировки в реальных условиях ситуации (в частности, соответствия образцу). Наиболее тяжело для нее выдерживать неуспех в учебных задачах (требующих быстро-го переключения со старых стереотипов), а не в игре.

Действительно, Тоня спокойно переносит неудачные попытки воспроизведения образца в игре, рисует один и тот же образ несколько раз, пока не добьется нужного соответствия (см. рис. 1 Тони).

Напротив, к *неудачам в рамках учебной деятельности* Тоня относится с большим нетерпением, рыдает, реагирует негативно на задания, в которых чувствует себя неуверенно. Однако и здесь для Тони возможно несколько вариантов поведения. После 8-ми лет она все чаще пробует выполнять не получившееся действие снова и снова, хотя при этом плачет и сердится — тенденция к аффективному взрыву (7) или регрессу (8), которая постепенно ослабляется, но все-таки не исчезает полностью. Здесь речь идет либо об усиливающейся борьбе между желаниями (бросить или продолжить), либо о том, что негативные аффективные реакции обеспечивают оптимальный уровень возбуждения для продолжения деятельности.

Вспышки негативизма становятся все более ритуализированными (формальными), короткими, и Тоня находит в себе силы для того, чтобы спустя несколько минут после вспышки самостоятельно вернуться к выполнению задания.

Например, когда в 8 лет 2 месяца психолог задает ей вопрос, требующий понимания причинно-следственной связи событий («Почему утенок плачет?»), Тоня сердится, убегает, кричит: «Не знаю, не понимаю, не хочу, не буду!». Затем на короткое время она возвращается к старому, давно освоенному игровому стереотипу. Успокоившись таким образом, она выслушивает объяснение взрослого и повторяет его.

Стремление к самостоятельности стало возникать, начиная с 7-ми лет (однажды убежала в магазин за конфетами; в другой раз, в 8 лет 10 месяцев, вынесла мусор на улицу). Это поведение не является признаком стремления к риску, а может быть расценено как проявление запоздалого кризиса «я сама» у девочки, которая большую часть дош-

кольного детства воспитывалась в условиях симбиотической связи с матерью (9).

Сам факт столь грубой задержки данного новообразования может рассматриваться как симптом, указывающий на первичную глубокую недостаточность механизмов уровня аффективной экспансии, которые только в последние два года стали развиваться благодаря изменениям в характере связи с матерью и подвижкам в символической активности.

Таким образом, на уровне аффективной экспансии у Тони отмечается 9 симптомов. В 7 лет тяжелыми симптомами были сильнейшие негативные и регрессивные реакции на неудачи в учебной деятельности, а также грубая задержка в формировании регуляторной роли признака «свой—чужой». В дальнейшем практически все симптомы стали неустойчивыми, так как сталкиваются с более зрелыми формами проявления активности девочки в условиях разного рода барьеров.

Четвертый уровень — уровень эмоциональной коммуникации. Нарушения на этом уровне выражены почти так же сильно, как на втором уровне. Между нарушениями на этих уровнях есть пересечения, поскольку некоторые самые элементарные формы эмоциональной коммуникации и привязанности, например, такие, как симбиотические и паразитические формы отношений, представляют собой аффективные стереотипы. Именно они являются точками фиксации, препятствующими развитию более зрелых форм эмоционального контакта у Тони.

До 6,5—7 лет у Тони преобладали грубые формы недоразвития эмоциональной коммуникации и поведения привязанности с элементами искажения (сочетание пассивного избегания и симбиоза). После 7 лет произошел прорыв в развитии поведения привязанности, которому предшествовал длительный этап проживания разных аспектов привязанности исключительно в игре и рисунке, без переноса в реальное поведение. Эту асинхронию можно рассматривать как яркое проявление искажения эмоционального развития.

1. Первичными следует считать нарушения самых базальных механизмов эмоционального контакта, которые в норме обеспечивают *активность ребенка в контакте*. Речь

идет о значительном *искажении механизмов подачи и считывания эмоциональных сигналов*.

На протяжении первых 7-ми лет жизни из всех эмоциональных сигналов Тони достаточно ясными были только *сигналы боли и неудовольствия*, часто преувеличенные (1). Тоня издавала эти сигналы при вторжении или угрозе вторжения в ее личное пространство. Образно говоря, Тоня подавала сигналы SOS, как только реальность напоминала о себе. Жить в реальном мире для Тони означало испытывать боль. Кроме того, таким образом Тоня стимулировала и заботу матери.

После 7-ми лет Тоня начала ясно выражать состояние *восхищения*, эстетического удовольствия от восприятия красивых предметов. Мимика, жестикуляция и вокализация, выражавшие удовольствие, в точности копировали соответствующие сигналы матери. Это поведение было целостным и очень устойчивым, неизменным по форме и силе.

Живые эмоциональные сигналы, с помощью которых Тоня выражала свое *удовольствие от общения с людьми*, появились в том же возрасте. Однако они устанавливались с большим трудом. Например, когда у Тони впервые возникла реакция приветствия (в больнице она стала радоваться приходу психолога), то ее улыбка была «расщепленной»: одна часть лица «улыбалась», а вторая оставалась амимичной (2). Возможно, в таком расщеплении выражалось сомнение Тони, возьмет ли психолог ее на занятия. Через некоторое время, когда Тоня научилась ждать, улыбка стала полной, однако неустойчивой. Реакция приветствия могла быть избыточной, а могла отсутствовать.

В начале занятий у девочки отсутствовали *«позы готовности» для считывания сигналов другого человека*: она поворачивалась к нему спиной, пользовалась боковым зрением преимущественно для отслеживания его приближения к ней (3).

В возрасте около 8-ми лет Тоня спонтанно начала обучаться *подаче правильных сигналов* со значительной задержкой (4). Она делала это путем полного *копирования эмоционально-выразительных движений* человека, с которым общалась в данный момент. Чем более аффективно насыщенными

были выражения, являвшиеся для нее образцом, тем легче ей удавалось копирование. Таким образом, комплексы эмоциональных реакций появились у Тони раньше, чем возможность использовать для общения отдельные каналы (тактильный, голосовой, глазной).

Комплексы эмоциональных выражений часто казались поверхностными из-за *выпадения глазного контакта* (5). Так, даже выражение сильного гнева не могло быть воспринято всерьез человеком, на которого сердилась Тоня, поскольку основного компонента этого комплекса — прямого угрожающего взгляда в глаза — не было. Можно сказать, что какое бы выражение, кроме боли и неудовольствия от столкновения с реальностью, Тоня ни пыталась показать, она оставалась внутренне отрешенной.

Глазной контакт первоначально возникал только с дальнего расстояния (специально забиралась на верхнюю ступеньку лестницы), в ситуации, когда он был полностью изолирован от других видов контакта.

Глазной контакт не использовался Тоней для проекции агрессии на другого человека (6). Можно предположить, что избегание глазного контакта у Тони диктовалось прежде всего ее потребностью уйти из-под влияния другого человека, а не страхом агрессии с его стороны, как это было у Анны. В пользу такого предположения свидетельствует тот факт, что Тоня никогда не вела себя агрессивно по отношению к глазам кукол или мягких игрушек, не боялась рисовать глаза у ее любимых персонажей мультфильмов.

Глазной контакт в ситуации непредсказуемого свободного общения оставался очень неустойчивым на момент последней оценки. В более структурированных ситуациях глазной контакт значительно улучшается: например, в моменты простой диалогической игры («коза рогатая», игра в мяч).

Тактильный контакт нарушен более неравномерно, чем глазной контакт (есть сохраненные формы), но в целом представляет большую нагрузку для девочки (7). До 7-ми лет Тоня позволяла дотрагиваться до себя только в таких ситуациях, когда тактильный контакт был включен в какую-то другую активность. Это были моменты отхода ко сну, мытья, переодевания. Тактильный контакт в ситуации,

когда он не являлся необходимым, воспринимался Тоней очень болезненно.

Тактильный контакт развивался очень медленно. Сначала возникли его игровые формы, а чуть позже — собственно коммуникативные. Девочка прыгала с высоты на руки психологу, причем момент безопасности тактильного контакта здесь был усилен за счет контраста между состоянием опасности во время прыжка (девочка прыгала с верхней ступеньки шведской стенки) и безопасности в момент приземления (8). Только после 7-ми лет Тоня стала проявлять интерес к игровым формам тактильного контакта, в которых имитируется нападение на ребенка («коза рогатая»). Поскольку именно в этом возрасте Тоня стала проявлять разумную защитную агрессию, которой избегала раньше, то можно предположить, что способность к игровым формам тактильного контакта была тесно связана с увеличивающейся устойчивостью к агрессии.

В 7 лет 2 месяца Тоня впервые радостно обняла мать при встрече с ней (когда та забирала девочку в отпуск на выходные). Тоня, почувствовав успокаивающую силу прикосновений, могла проводить по сорок минут в объятиях воспитательницы, наслаждаясь ощущением безопасности.

Хотя с точки зрения активности девочки и эффективности передачи эмоционального выражения *голосовой контакт* был наиболее сохранным из всех видов контакта, и здесь отмечались выраженные нарушения. Преобладали элементы недоразвития: экспрессивная вокализация явно доминировала над коммуникативной, интонация полностью подавляла объективный смысл высказывания (9): Тоня часто заменяла словесные фразы на чисто интонационные рулады. В то же время отмечались и признаки искажения: большую часть времени Тоня говорила не своим голосом, а в точности копировала голос любимого персонажа из мультфильма, искажала структуру слова до неузнаваемости, произвольно заменяя, убирая и прибавляя слоги (10). Изредка Тоня имитировала голос матери. Поскольку истинный голос Тони был довольно низким, можно предположить, что Тоня пугалась своего собственного голоса,

«отщепляла» его от себя, как и любой другой агрессивный элемент.

2. Для компенсации бедности и неясности собственных эмоциональных выражений Тоня пользовалась *внешними средствами*. В 6—7 лет она непроизвольно проигрывала эпизоды из мультфильмов, в которых персонажи испытывали эмоциональное состояние, сходное с тем, которое она испытывала в данный момент (т.е. могла выбрать правильный эпизод) (11). По мере развития способности к свободному фантазированию Тоня могла довольно точно изобразить какую-либо эмоцию, представив себя в виде животного (собирательный образ), причем делала это произвольно (стараясь показать беспомощность, называла себя маленьким цыпленком, а маму — курицей).

Таким образом, Тоня воспроизводила целые «готовые» комплексы эмоциональных состояний, так как не могла вычленить их ключевые признаки и произвольно их комбинировать и трансформировать.

По-видимому, у Тони отмечалось *искажение аффективного заражения и подражания*.

При значительном дефиците способности к непосредственному заражению эмоциями от других людей (12), в 7—8 лет Тоня могла *отсроченно* подражать отдельным нюансам эмоционально-выразительного поведения любимых ею людей или персонажей, главным образом, их интонации, смеху, плачу (13). Однако создаваемый ею образ был неполным, контурным, так как копируемые внешние признаки не были подкреплены глубиной аффекта. Подражание взрослому было либо произвольным и полным (поза, голос, мимика), либо, если оно было произвольным (подражание по образцу), прерывалось негативной реакцией¹.

3. Развитие символизации эмоциональных состояний опережало и стимулировало не только развитие эмоцио-

¹ Интересно, что именно в этот период Тоня увлекалась вырезыванием фигурок животных, которые напоминали ей рисованные мультипликационные образы, и явно предпочитала эти плоские картинки мягким игрушкам (т.е. замещающие объекты были упрощенными).

нально-выразительного поведения, но и *поведения привязанности*. В свою очередь, базальная недостаточность эмоционально-выразительного поведения и *фиксация на самых ранних стадиях развития привязанности* искажали развитие символической активности.

Несмотря на *бедность поведенческого репертуара привязанности* между матерью и Тоней, выявленную в результате применения этологического наблюдения (*Waters et al.*, 1995), *качество привязанности* между ними было скорее *безопасным*, чем *небезопасным*.

Мать, обладая опытом воспитания двух старших детей, чутко воспринимала особенности развития Тони, включая как ее болезненные проявления, так и художественную одаренность. Линия поведения по отношению к дочери была следующей. С одной стороны, мама стремилась создать условия творческой свободы и поощряла художественные увлечения Тони; с другой стороны, она должна была ограничивать ее вмешательство в жизнь старших детей. Поэтому мать на протяжении нескольких лет сохранила особую чувствительность к сигналам, свидетельствующим о дискомфорте Тони, и в домашних условиях тщательно избегала ситуаций, которые могли бы усилить его.

Признавая в то же время необходимость социализации девочки, мама переложила решение этой задачи на специалистов. Напомним, что в возрасте от 5,5 до 8 лет 2 месяцев девочка периодически находилась в психиатрической больнице.

Явные трудности социализации девочки, обнаружившиеся на первых порах в больничных условиях, во многом определялись ожиданием Тони, что окружающие смогут понимать ее так же легко, магическим путем, как это делала мать. Можно думать, что между Тоней и мамой действительно намного дольше обычного сохранилась тесная психофизиологическая связь, которая наблюдается у новорожденных до того момента, как они выработают первые собственные механизмы эмоциональной регуляции.

Мама Тони воспринимала и верно интерпретировала очень тонкие сигналы девочки, которые обычно ускользают от

внимания внешних наблюдателей. Например, она точно переводила так называемую аутистическую речь дочери. Эта речь представляла собой фразы, произнесенные крайне небрежно, смазанно, однако Тоня, представляя мир идеальным в своих фантазиях, полагала, что ее послания ясны. На первых занятиях Тоня выражала удивление по поводу непонимания ее высказываний психологом, правильное произношение требовало от нее больших усилий, однако в условиях вынужденной активности она смогла говорить четко.

Мать Тони проявляла мудрость в понимании психологического смысла избегания, которое девочка демонстрировала в конфликтных ситуациях. Например, когда мама пришла на занятие с психологом в больнице, Тоня как будто не узнала ее, продолжая играть. Это не значило, что Тоня действительно не узнала мать, а свидетельствовало о том, что Тоня была обижена на нее за отлучение от идеальных домашних условий, и отделяла от себя этот неприятный опыт, о котором напоминал приход матери, погружаясь в свою игру.

Следует отметить, что *прорыв в развитии поведения привязанности* (как альтернативы первичной, плохо оформленной в поведении, психофизиологической связи между матерью и младенцем) произошел уже спустя три месяца после госпитализации. Существенным фактором, способствовавшим развитию репертуара поведения привязанности, явилось возвращение отца из длительной зарубежной командировки, который, с одной стороны, предъявлял к девочке больше требований, чем мать, а с другой — разделял интересы Тони (компьютерная графика).

К 7-ми годам у Тони появилась нормальная *реакция приветствия*, свидетельствующая о признании ею факта отделения от матери, который она прежде отрицала и замещала компенсаторными фантазиями. Однако еще в течение нескольких месяцев эта реакция была неустойчивой. Тоня приветствовала мать только в том случае, если знала, что та немедленно возьмет ее домой. Если же мать только навещала девочку, то Тоня «экономила» эмоции до лучших времен.

Тоня стала больше *подражать матери*, имитируя ее интонации, старалась разделить ее интересы (например, интерес к косметике) (норма — второй год жизни). В 7 лет девоч-

ка стала поддерживать *диалог с матерью* (тогда же она начала использовать в речи слово «да», что означало готовность к кооперации), хотя все-таки в диалоге с посторонними людьми, например, с психологом, она была активнее.

В 7,5 лет Тоня стала способной реагировать тоской и элементами *депрессии на разлуку с близкими* людьми в условиях госпитализации. Компенсаторные фантазии, помогающие девочке пережить разлуку, усложнились: теперь это были не только зарисовки из беззаботной жизни героев мультфильмов, но и сюжеты преодоления трудностей (прежде всего, разлуки) с помощью терпения или замещающего мать человека.

Первые единичные случаи проявления *сочувствия* к близким людям были отмечены только в 8,5 лет. Тоня убежала домой от сестры, с которой они пошли в магазин, не предупредив ее. На вопрос встревоженных родителей, где сестра, Тоня горько расплакалась (ей было жалко оставленную сестру).

Таким образом, несмотря на грубейшую задержку появления развернутой реакции на разлуку (в норме протест против разлуки появляется в 5—6 месяцев) и, казалось бы, пропуск всех сензитивных периодов для развития других поведенческих форм привязанности, эти формы после 7-ми лет развивались очень быстро. При этом в целом сохранялся правильный порядок возникновения новообразований, но временные интервалы между ними были изменены.

Можно предположить, что привязанность, которая существовала большую часть дошкольного детства в латентном, свернутом состоянии, начала разворачиваться только в условиях вынужденной самостоятельности и активности девочки.

На латентное существование безопасной привязанности указывает тот факт, что девочка задолго до появления устойчивых поведенческих форм привязанности могла тепло относиться к игрушкам и заботиться о них.

Тот факт, что Тоня на протяжении нескольких лет впитывала заботу и любовь, получая их от матери, однако накапливаемое тепло направляла на игрушки, не пытаясь дать обратную связь матери, является еще одним признаком ядерного искажения эмоционального развития девочки.

Благоприятным фактором для прогноза является постепенное сглаживание явлений искажения и гармонизация отношений привязанности с близкими людьми, отмечаемая у Тони в последнее время.

4. *Нарушения социального поведения в коллективе детей.*

С раннего детства для Тони характерен *высоко избирательный контакт с детьми* (1). Такой контакт был возможен только в полностью безопасных условиях, при полной предсказуемости действий партнера. На протяжении многих лет таким надежным партнером Тони является ее старшая сестра (разница в возрасте — 1,5 года). Привязанность к сестре у Тони по своей силе и безопасности конкурирует с привязанностью к матери. По крайней мере, ряд важнейших новообразований привязанности (реакция приветствия, печаль при разлуке с сестрой, идентификация с ней) проявились раньше и были более устойчивыми в отношениях с сестрой, чем с матерью.

Приблизительно до 8-ми лет игра сестер была параллельной (2). Тоня контролировала поведение сестры (3), требуя от нее своевременной подачи материалов, необходимых для игры, заставляя ее рисовать по своему образу, который, в свою очередь, был позаимствован девочкой из мультфильма. Затем игра сестер стала равноправной, совместной, творческой, поэтому в настоящее время старшая сестра получает все большее удовольствие от этого взаимодействия. (Суть игры заключается в том, что девочки мастерят из разных материалов игрушки и сочиняют истории).

Пребывание в коллективе детей большую часть дошкольного детства Тони представляло для нее тяжелое испытание. До 8-ми лет Тоня занимала изолированное положение в группе детей (4). Напряжение было настолько сильным, что разрушало все формы символической активности девочки: Тоня не могла ни играть, ни рисовать. Заглушить резко усиливающуюся в окружении детей тревогу Тоня могла только с помощью непрерывного движения (бегала кругами по комнате) или, напротив, застывания (сидела неподвижно, глядя в одну точку). Можно сказать, что девочка прибегала к самым примитивным формам защиты, пытаясь сделаться либо неуловимой, либо незаметной (5).

Постепенно Тоня стала живее реагировать на то, что происходило в коллективе детей. Причем этот поворот «лицом к детям» произошел после того, как Тоня пережила опыт эстетического удовольствия, восхищения, связанного с детьми. Если Тоня замечала элементы красоты в ребенке, в том, что он делает, в том, как он говорит, то это чувство практически «убивало» страх. Например, она зачарованно слушала, как поют дети на музыкальном занятии, и спустя некоторое время стала им подражать.

В этом отношении Тоня сильно отличалась от Анны, у которой красота любых объектов, хотя бы немного отделенных от нее самой, вызывала усиление зависти и стремление уничтожить ее.

По-видимому, эта способность восхищаться хорошими (в представлении Тони — красивыми) чертами других людей, а также компенсаторные фантазии, в которых девочка выражала только светлые стороны своего эмоционального опыта, не давали развиваться проявлениям ревности. Даже в условиях повторяющихся госпитализаций Тоня проигрывала только самые теплые сцены отношений между ней, сестрой и братом, хотя обычно в условиях отделения от семьи у детей усиливается ревность к оставшимся дома детям.

Даже защитная агрессия была неустойчивой и незлобной. Кроме того, Тоня учитывала возраст нападавшего ребенка: она проявляла терпение, если по отношению к ней агрессивно вел себя младший ребенок. Так, у Тони были длинные волосы, завязанные в хвост, и маленькие дети, окружавшие ее в больнице, нередко тянули ее за волосы. Тоня игнорировала эти довольно неприятные прикосновения детей, как будто ее повышенная чувствительность к тактильному контакту на время пропадала, хотя в то же самое время она не позволяла воспитателям дотрагиваться до своих волос.

Анна, напротив, не могла терпеть маленьких детей и стремилась лишить их самого ценного из того, чем, на ее взгляд, они обладали (отнять бутылочку, соску, вытолкнуть из коляски).

Тоня тщательно избегала зависти и ревности, поскольку ей было что терять. Внутренний мир Тони, по крайней мере на возрастном этапе от 4-х до 7—8-ми лет, был более богатым и уравновешенным, чем ее поведенческий репертуар.

Для поддержания ощущения внутренней гармонии Тоня старалась сохранить красивые образы (которые представляли собой слепки кусочков чужого совершенства) внутри себя.

Таким образом, у Тони отмечаются значительные нарушения *подачи и считывания эмоциональных сигналов* (11 симптомов). Большинство из этих симптомов в 8 лет 10 месяцев носит неустойчивый характер.

Нарушения механизмов эмоционального заражения, подражания и разделения опыта со взрослым (2 симптома) у Тони были особенно сильно выражены до 8-ми лет. В дальнейшем достаточно быстро стали появляться здоровые формы поведения, альтернативные прежним искаженным. Уменьшается негативизм, возникают первые намеки на эмпатию, подражание приобретает более адекватный, своевременный характер (включено в учебную деятельность).

Признаки грубой задержки и искажения (конфликт между избеганием и симбиозом в реальном поведении, с одной стороны и любовью и заботой в рамках символической активности — с другой) в отношениях привязанности постепенно уменьшаются.

У Тони до 8-ми лет были сильно выражены 5 симптомов нарушения социального поведения в группе детей. Четыре симптома (связанные с недостаточностью поведения самоутверждения, защитной агрессии, борьбы за более высокий статус в коллективе) остаются актуальными до сих пор, но их вес в плане давления на развитие девочки незначителен. Самым важным достижением следует считать то, что девочка перестала реагировать глубоким регрессом и разрушением символических форм активности на присутствие других детей.

Общая траектория развития четвертого уровня такова. На этапе от рождения до 4-х лет на первый план выступала грубейшая задержка развития механизмов эмоциональной коммуникации; на следующем этапе — от 4-х до 8-ми лет — усиливались элементы искажения; после 8-ми лет происходит постепенная гармонизация этого уровня эмоциональной регуляции.

Важнейшей особенностью развития форм эмоциональной коммуникации и привязанности явилось то, что сначала они находились в латентном состоянии и проявля-

лись исключительно в рамках символической активности (игры, рисунка) и лишь позже стали частью поведенческого репертуара девочки. Символическая активность представляла собой безопасную нишу, отделенную от неприятностей реальной жизни.

Пятый уровень — уровень символической регуляции эмоций. Для этого уровня характерна наиболее своеобразная динамика развития.

До четырехлетнего возраста символические формы активности практически отсутствовали. Психическая активность регулировалась наиболее примитивными механизмами всех четырех нижележащих уровней, обеспечивающими наиболее экономные формы активности. Как было показано выше, «протопатическая» психофизиологическая связь, длительно существовавшая между Тоней и матерью (четвертый уровень), подавляла развитие более сложных форм эмоциональной регуляции. Тоня использовала лишь самые примитивные формы эмоциональной регуляции: простые (не вычурные) формы аутостимуляции (второй уровень) и самую простую форму экспансии, которая ограничивалась покорением окружающего домашнего пространства — лазанием по мебели (третий уровень). Сигналы, поступающие от других людей, воспринимались Тоней как избыточные и угрожающие (по контрасту с более стабильными и предсказуемыми сигналами матери) и вызывали у нее стойкое избегание (первый уровень).

В 4 года, когда появились первые признаки ослабления инфантильной связи с матерью (девочка овладела самыми элементарными навыками самообслуживания), *прорвались символические формы активности.* С этого времени уровень символической регуляции эмоций стал лидирующим, задающим тон всему развитию.

Развитие символических форм сохранения и переработки опыта опережало накопление поведенческих стереотипов и подтягивало развитие нижележащих уровней. Символическая активность представляла зону латентной поведенческой активности девочки. Это значит, что такие формы поведения, как агрессия, базальные навыки коммуникации (приветствие, прощание, просьба, благодарность, общение), основные новообразования привязан-

ности Тоня осваивала сначала в символической форме (воспроизводя в игре и рисунке соответствующие эпизоды из мультфильмов) и лишь после их окончательного закрепления начинала использовать в реальном общении.

Символический уровень после 4-х лет развивался быстрее других, поскольку Тоня строила свой внутренний мир прежде всего как безопасный, избирательно сохраняя приятный опыт. Болезненные впечатления, возникавшие из-за нарушений работы нижележащих уровней, не закреплялись в символической форме, а оставались в виде чисто поведенческих стереотипов.

Таблица 2

Соотношение негативных и положительных влияний на развитие символического уровня регуляции эмоций со стороны нижележащих уровней

Уровень	Болезненные формы реагирования, препятствующие развитию символической активности или искажающие ее	Более сохраненные формы реагирования, способствующие развитию символической активности
1	Реакция дезинтеграции на слишком сильное воздействие извне, разрушение символической активности	Хорошая чувствительность к форме, цвету, позволяющая использовать их для обобщения эмоционального опыта (ассоциативного мышления)
2	Жесткие стереотипы, придающие символической активности обсессивный характер	Большой банк накопленных образов, возможность «цитирования»
3	Реакция дезинтеграции на несоответствие образцу, предложенному взрослым, разрушение символической активности	Выносливость к несоответствию результата собственному внутреннему образцу
4	Тесная связь с матерью (паразитические и симбиотические формы отношений)	Чувство безопасности, связанное с матерью, аффективное заражение и подражание ей. Сильная (хотя и частичная) идентификация с матерью

Далее мы подробнее разберем динамику патологических симптомов на пятом уровне с точки зрения вытеснения их более прогрессивными формами символизации.

Мы рассмотрим три основные линии развития механизмов этого уровня.

1. Линия развития личностной идентификации (от зверушки к девочке).

2. Линия отделения от матери и развития представления о себе как о члене семьи.

3. Линия усиления аффективной насыщенности, сложности и динамики образов (в игре, речи, рисунке), используемых для регуляции эмоций (от пустых контуров и изолированных внешних деталей к сложным, разноцветным, полным образам).

Линия развития личностной идентификации. Безусловно, благоприятным фактором явилось более раннее развитие способности обобщать и дифференцировать приятный опыт по сравнению с неприятным, т.е. ядро символической активности имело знак «плюс». Тоня с четырехлетнего возраста фиксировалась на воспроизведении аффективных комплексов, в которых все образы были безопасными, красивыми, а их действия предсказуемыми. Эти комплексы отражали состояние идеальной связи с матерью, свободной от любых агрессивных элементов.

Негативный опыт был очень слабо дифференцирован и практически не был представлен в воображении. Это связано с тем, что во время столкновения с внешним требованием или ограничением Тоня «распадалась» на кусочки: кричала, падала на пол, закрывала глаза и замирала. Негативный опыт был настолько сильным и разрушительным, что понимание его было невозможным.

Таким образом, *отщепление разрушительных аспектов опыта* определяло диспропорцию в развитии уровня символической регуляции эмоций, предрасполагало девочку к уходу в фантазии.

Первичная идентификация Тони была множественной.

Во-первых, это были многочисленные герои ее любимых мультфильмов и компьютерных игр. Тоня вживалась то в одну, то в другую роль, рисовала одного героя за

другим, меняла голоса и интонации, преображаясь и внешне. Весь ее облик во время таких игр-фантазий становился по-детски живым и гармоничным.

В окружении же людей Тоня теряла эту идентификацию: она либо замирала, либо непрерывно двигалась, при этом выражение ее лица могло искажаться сменяющими друг друга гримасами (мимика страдания, улыбка, оскал чередовались без всяких промежуточных выражений), либо оставалось полностью отрешенным и пустым. Из-за слабости внутренней идентификации в первые недели пребывания в больнице Тоня вынуждена была носить с собой игрушку или картонное контурное изображение какого-либо зверька (петушка, рыбку) и очень волновалась, если случайно его теряла.

Несмотря на положительное содержание этих нарисованных образов (зайчик, ласточка, Мишутка), они были неустойчивыми, частичными, плоскими. Графическая правильность образа¹ или точное воспроизведение интонации героя сочетались с их аффективной недостаточностью. По эмоциональному наполнению все образы были похожи, как близнецы, передавали состояние наивного восторга, восхищения чем-то красивым, полной беззаботности.

Во-вторых, в более безопасных условиях Тоня могла отождествлять себя с мягкими игрушками. Например, она клала кошечку рядом с тигром и, глядя на них с умилением, восклицала: «Мама и сыночек!». Только к 8-ми годам этот вариант идентификации стал более устойчивым.

В-третьих, существовала частичная идентификация с матерью (с ее голосом, манерой восхищаться и утешать). Эта идентификация сохранялась и в 8,5 лет, когда Тоня, столкнувшись с неудачей, утешала себя, цитируя слова и интонации матери, обращаясь к себе от ее имени.

В-четвертых, Тоня иногда идентифицировала себя с детенышами животных (котенком, рыбкой, цыпленком). Эта идентификация не являлась признаком искажения, а была следствием очень конкретного аффективного мышления.

¹ В 6,5—7 лет Тоня была увлечена вырезыванием, выщипыванием, контурным изображением любимых игрушек.

Тоня называла себя теми ласковыми словами, которыми обращалась к ней мать. Этот вариант идентификации также сохранился на момент последнего обследования.

В-пятых, Тоня с 7 лет 8 месяцев начала изображать себя в виде девочки, при этом она всегда была озабочена точным воспроизведением внешних деталей, без которых как будто утрачивала часть себя (сердечко на платье и пр.) (см. рис. 8 Тони).

В целом, характер образов, используемых Тоней, проще, светлее, они лишены того внутреннего конфликта и неустойчивости положительного содержания, которые отличали образы, выбираемые для идентификации Анной (сравните рисунки Тони и Анны).

Что касается «проходных» образов в игре, не являющихся объектами идентификации, и тем более неприятных пугающих персонажей, то к их воспроизведению Тоня относилась очень небрежно. Она не только не пыталась передать внешнее соответствие, а создавала далекий от оригинала образ по одному-двум аффективно нейтральным признакам (например, для образа Жабы из сказки Андерсена «Дюймовочка» Тоня выбрала зеленую кастрюльку). Если Анна не могла удержаться от соблазна исследовать агрессивные образы, то Тоня делала их несущественными.

Линия отделения от матери и развития представления о себе как о члене семьи. До 6,5 лет у Тони преобладала аутистическая речь, которую хорошо понимали мама и сестра. Она представляла собой свернутые цитируемые диалоги между малышом и идеальной (абсолютно доброй, всегда доступной, вечно красивой) матерью. Тоня называла «глупостями» любую историю или книжку с картинками, в которых отсутствовала идеальная связь между ребенком и матерью.

Коммуникативная речь, появившаяся после 4-х лет, нужна была Тоне прежде всего для управления другими членами семьи и выражения протеста против вмешательства в ее игру посторонних людей (воспитателя, другого ребенка). Агрессивные импульсы, которые были отщеплены во время аутистической игры, прорывались в ситуациях реального контакта, который Тоня, как правило,

в самом его начале, грубо прерывала криками: «Тошнит! Съела! Спасите! Помогите!». Слова в данном случае не играли регулирующей роли, являясь лишь частью аффективного поведения и не могли предотвратить необратимо следующего за выкриками состояния дезинтеграции («мнимой смерти»). Очевидно, что эти крики были выражением страха, связанного с проекцией ее собственной оральной агрессии на других людей. Оральная агрессия была связана с состоянием эмоционального голода, которое возникало в любой ситуации угрозы лишения ее сладких фантазий.

Отделение от матери происходит очень медленно, до сих пор нельзя считать, что образ матери у Тони цельный, так как девочка принимает от матери заботу, утешение, но игнорирует ее требования.

В 7 лет 10 месяцев Тоня стала изображать себя как члена семьи, в окружении близких людей (см. рис. 8, 9 Тони). До этого времени Тоня изображала семью животных (см. рис. 4, 5 Тони). Однако восприятие привязанности между ней и матерью как отношений кормления оставалось доминирующим (см. рис. 6, 7 Тони). Тоня изображала, как мать кормит ее любимыми лакомствами. С 7-ми лет стала усиливаться идентификация с другими членами семьи, которая помогала психологическому отделению Тони от матери. Эта идентификация имела более зрелый характер, так как в ее основе лежали общие интересы (игровые, учебные, творческие).

Линия усиления аффективной насыщенности, сложности и динамики образов (в игре, речи, рисунке), используемых для регуляции эмоций. Энергетическое наполнение образов резко усилилось после 8 лет, в период обнаружения более здоровой динамики влечений, вкуса к жизни.

В рисунках это выражалось прежде всего в том, что «заиграл» до того молчащий цвет. Появилась «заливка» цветом контурных изображений, причем Тоня использовала яркие, контрастные, сочные цвета (см. рис. 2 Тони). К этому возрасту относится увлечение Тони компьютерной графикой, где она могла намного свободнее, чем на листе

бумаги, экспериментировать не только с цветом, но и с другими параметрами изображения.

Тоня стала произвольно варьировать размер эмоционально значимых для нее деталей (например, произвольно удлинять на рисунке свои руки, тянущиеся к шоколаду). Увеличилось количество изображаемых персонажей (они буквально толпились, сталкивались на листе). Образы стали динамичными. Старые схемы любимых героев включались в новый контекст. Более того, Тоня пыталась передать отношения между ними (хотя это по-прежнему были прежде всего отношения заботы и кормления). Она сталкивала на одном листе образы с противоположным эмоциональным состоянием (печальный и грустный персонажи) (см. рис. 3 Тони).

В речи появились аффективно насыщенные *слова-метки* («глупости») и *собственные слова*, отражающие разные эмоциональные состояния и желания, не привязанные к конкретной ситуации («хочу к маме и папе», «не получилось», «хочу, чтобы больница сгорела»). С помощью этих слов Тоня уже могла довольно эффективно регулировать свое поведение, предотвращать состояния дезинтеграции. С появлением подобных высказываний у Тони увеличилась устойчивость к фрустрации, она сохраняла активность даже в ситуации сильной аффективной нагрузки (неудачи, длительной госпитализации, тестирования на медико-педагогической комиссии).

Таким образом, для уровня символической регуляции эмоций характерна грубая задержка развития с элементами искажения. Симптомов относительно немного (8), однако они сцеплены друг с другом и достаточно сильно искажают развитие. Явления искажения максимально были выражены в период от 4-х до 8-ми лет. Низкая выносливость к аффективным нагрузкам частично компенсировалась идеализацией ранней связи с матерью и тенденцией к непрерывному воспроизведению в фантазиях наиболее приятных ее моментов. Выносливость к аффективным нагрузкам повышается, фантазии начинают пересекаться с реальным опытом: в игре Тоня воспроизводит аффективно насыщенные эпизоды прожитого дня, отрабатывает способы преодоления трудностей.

II. Профиль нарушений эмоциональной регуляции

Таким образом, в настоящее время отмечается общая тенденция к выравниванию профиля нарушений эмоциональной регуляции. Приблизительно до 7-ми лет этот профиль был резко искаженным за счет значительного накопления патологических симптомов на втором уровне, явлений искажения на третьем уровне, грубой задержки механизмов четвертого уровня и грубой задержки и искажения символических форм обобщения эмоционального опыта на пятом уровне. В настоящее время количество симптомов уменьшилось практически по всем уровням, в наибольшей степени подвижки характерны для пятого и второго уровней. По мере развития символической активности отмечается тенденция к образованию сложных симптомов, т.е. тех, которые нельзя отнести к определенному уровню. Патология по-прежнему присутствует на всех уровнях, кроме первого, причем доля явлений искажения с повышением уровня увеличивается.

III. Уровни преимущественной концентрации симптомов. Динамика нарушений

Наиболее сильной аффективной нагрузкой для девочки являются два типа ситуаций.

Во-первых, это ситуации, в которых требования второго уровня (необходимость воспроизведения аффективного стереотипа) сталкиваются с требованиями вышележащих уровней (справиться с неудачей; подстроиться под состояние другого человека; понять, в чем причина неудовольствия).

Во-вторых, это ситуации, в которых идеализированный образ матери (наиболее устойчивое, сохраняющееся в течение многих лет аффективное образование, поддерживаемое работой второго, четвертого и пятого уровней) не выдерживает испытания реальностью.

На рис. 6 показано распределение симптомов по тяжести по уровням эмоциональной регуляции.

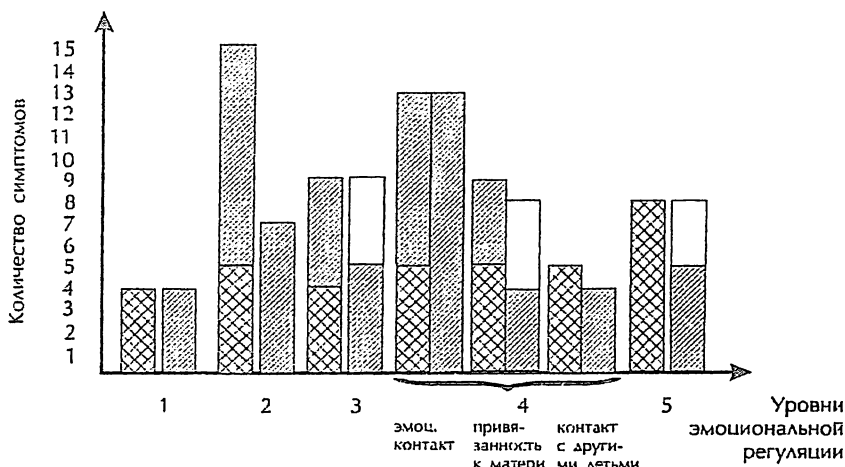


Рис. 6. Распределение симптомов по тяжести и их возрастная динамика по уровням эмоциональной регуляции у Тони:

□ — легкие симптомы, ▨ — умеренные симптомы, ▩ — тяжелые симптомы; первый столбик в каждом уровне соответствует количеству симптомов в 6 лет 8 месяцев, второй столбик — в 8 лет 6 месяцев

IV. Соотношение между нарушениями в ключевых областях эмоциональной регуляции: базальной аффективной регуляции, поведения привязанности и символической регуляции эмоций. Ведущая координата нарушений

От рождения до 4-х лет преобладали искажения базальной аффективной регуляции и грубая задержка в развитии привязанности и символической активности. Ведущая координата нарушений — «снизу — вверх».

От 4-х до 7—8-ми лет искажения распространились и на область символической активности, при этом явления задержки были характерны для всех уровней эмоциональной регуляции. Отмечалось некоторое смягчение задержки развития привязанности. Ведущая координата нарушений — «снизу—вверх» и «сверху—вниз».

С 9-ти лет искажения символической активности, задержка развития поведения привязанности и базальной аффективной регуляции уменьшаются. Нарушения базальной

аффективной регуляции компенсируются быстрее всего. Искажения символической активности уменьшаются довольно медленно. Ведущая координата нарушений — «сверху—вниз».

Прогноз

Развитие девочки происходит в условиях ослабления действия неблагоприятных факторов (паразитический характер отношений с матерью ослабевает) с нарастающим ускорением, начиная с возраста 4-х лет.

Психическая активность девочки неравномерная. Несмотря на благоприятные сдвиги в последнее время, устойчивость к аффективным нагрузкам разной природы, за исключением простых сенсорных раздражителей, остается низкой по сравнению с нормой, однако постепенно увеличивается.

Занятия творчеством составляют главный компенсаторный источник развития и вместе с тем сдерживают развитие более зрелых форм привязанности, коммуникации, способности справляться с ограничениями из-за фиксации на теме идеальных отношений.

Искажения развития постепенно сглаживаются. Отношения привязанности с матерью усложняются по мере социализации девочки, однако это происходит медленно. Появление «пропущенных» на предыдущих этапах развития новообразований в эмоциональной сфере возникало после первоначального проигрывания их в символическом плане. Развитие символизации эмоциональных состояний опережает и стимулирует развитие реального поведения привязанности.

Основной целью символической активности Тони является главным образом удержание приятных состояний с помощью комбинирования стереотипных светлых образов. Агрессия остается недостаточно интегрированной (представлена в фантазиях слабо, в поведении — в инфантильных формах), что приводит к изолированной позиции в коллективе детей.

Очень важным фактором, способствующим развитию девочки, является общность интересов с сестрой (игра) и с папой (компьютерная графика).

Формальный интеллект неравномерный (навыки конструирования, лепки, рисования, развитие мелкой моторики выше возрастных нормативов), однако общий интеллектуальный показатель находится в зоне легкой умственной отсталости.

В целом, нарушения эмоциональной регуляции значительно тормозят и искажают развитие девочки. Благоприятным для прогноза является то, что с возрастом разрыв между латентной активностью и реальным поведением неуклонно сокращается, что связано с увеличивающейся устойчивостью эмоциональной сферы.

Прогноз социальной адаптации. Девочка учится во вспомогательной школе по индивидуальной программе. Хороший прогноз заключается в возможности закончить эту школу. Есть надежда, что Тоня сможет жить за счет своего творчества, если сохранится поддержка близких людей.



Рис. 1. «Кошка» (хорошо видна устойчивость Тони к неудачным попыткам, благодаря чему возможно развитие образа) (6 лет 10 месяцев)



Рис. 2. «Петушок» (аффективное наполнение образа с помощью нескольких цветов — красного, зеленого, синего, сиреневого) (7 лет 1 месяц)

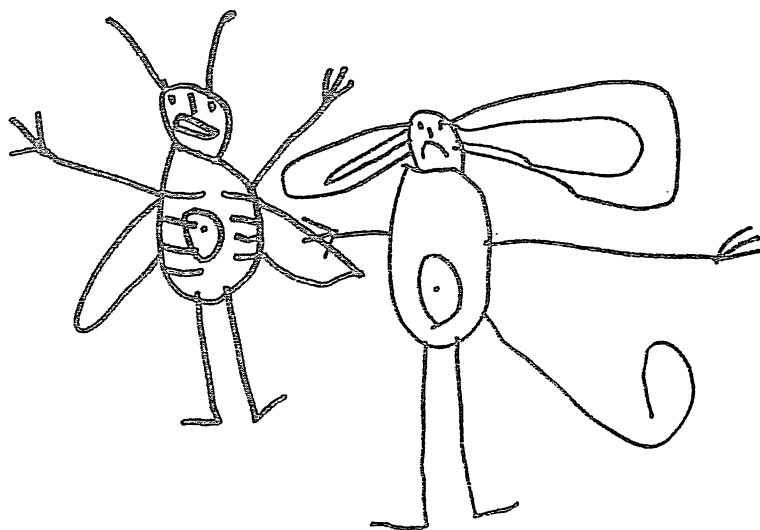
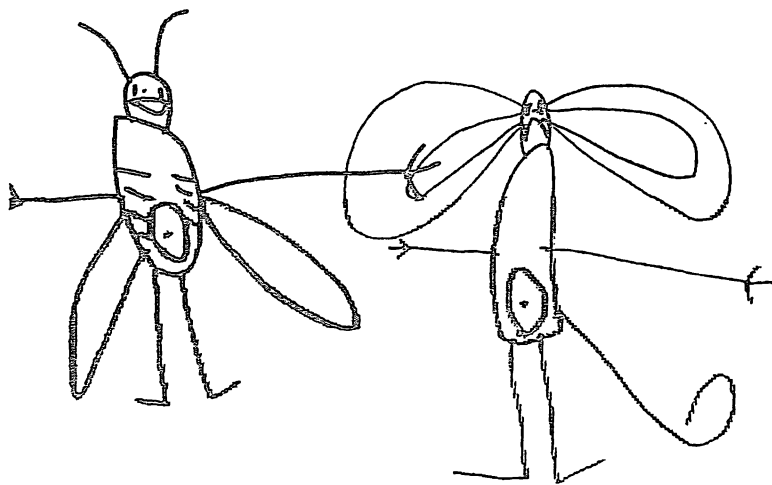


Рис. 3. Персонажи мультфильма «Приключения Флика». Передача эмоциональных состояний с помощью изображения их мимики (7 лет 1 месяц)

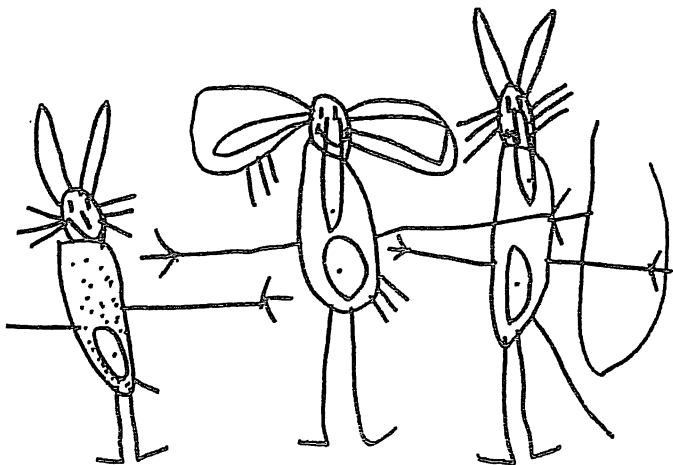


Рис. 4. Семья в виде животных (7 лет 1 месяц)



Рис. 5. Семья в виде героев мультфильма «Приключения Флика» с подписью (7 лет 8 месяцев).

ЙОГУРТ

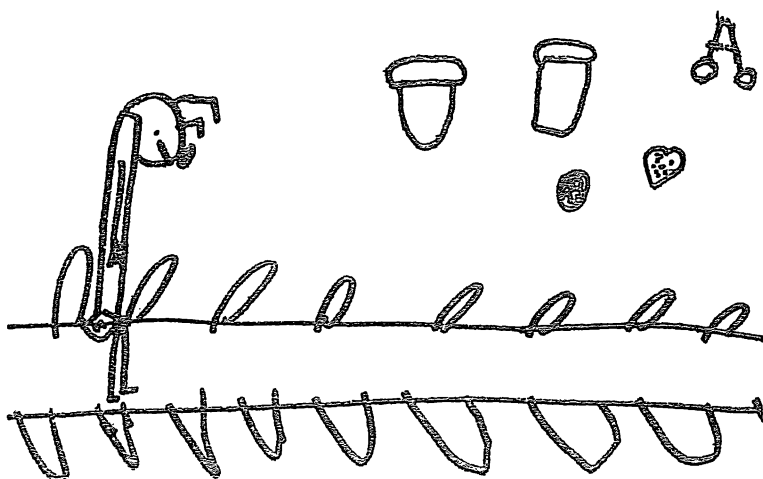


Рис. 6. Флик («муравей Тоня») мечтает о гостинцах в разлуке с мамой (7 лет 2 месяца).



Рис. 7. Дом («Деон») Отношения с мамой как отношения кормления. Переход от «муравья Тони» к девочке Тоне (7 лет 8 месяцев)



Рис. 8. Изображение себя в виде девочки (7 лет 6 месяцев).

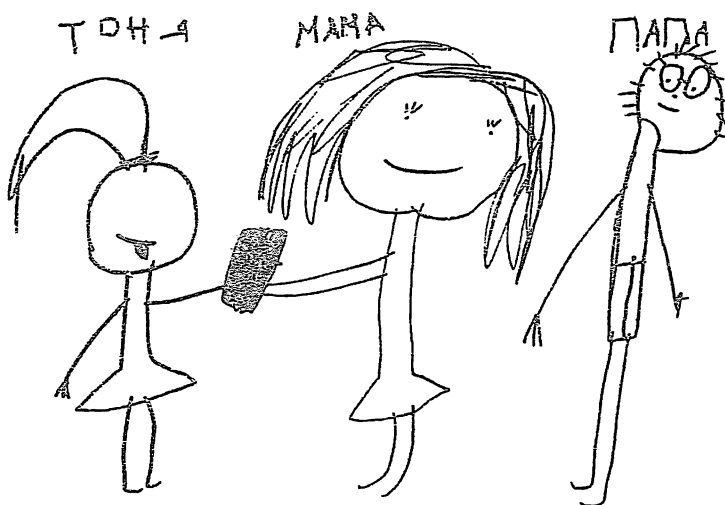


Рис. 9. Изображение себя как члена семьи (7 лет 7 месяцев).

На примере оценки эмоционального развития двух девочек с нарушениями аутистического спектра проанализированы два варианта развития детей с тяжелыми эмоциональными нарушениями.

У Анны, девочки с сильными влечениями, воспитывавшейся в эмоционально бедных и искаженных условиях, развитие шло по линии поиска реального опыта путем болезненного, не прикрытого заботой матери, исследования среды и людей. Анна всегда нуждалась в обществе людей, но не имела средств общения с ними. После очередной неудачи она действительно впадала в состояние, которое можно было бы назвать острым. Тем не менее, психическая активность Анны выше, чем у Тони. У Анны больше конфликтных зон и выше толерантность к болезненному опыту, ей доступно осознание болезненной части себя. При изменении условий развития в лучшую сторону нормальные паттерны коммуникации, привязанности сравнительно легко и быстро восстановились из латентного состояния, хотя и не полностью.

У Тони, девочки со слабыми влечениями, воспитывавшейся в условиях симбиоза с матерью, развитие шло преимущественно по линии избегания столкновений с реальностью и создания компенсаторного идеального мира мультипликационных героев. Переносимое взаимодействие с реальностью было строго дозированным и носило паразитический со стороны Тони характер. У Тони практически нет осознания своей болезни. Возможно, поэтому воля к здоровому развитию у Тони проявляется в избирательном накоплении хорошего опыта, а не путем «закаливания» (через боль, «не могу», «не хочу»), что в большей степени характерно для Анны.

Даже при критическом изменении условий развития паттерны коммуникации и привязанности у Тони созревали

медленно, несмотря на существование их эквивалентов в символической активности.

Подробный анализ этих двух случаев позволяет нам говорить о следующих общих и частных закономерностях эмоционального развития детей с аутистическими нарушениями.

1. По сравнению с нормой, сензитивные периоды появления основных паттернов привязанности и коммуникации могут быть грубо задержаны без трагических для рассматриваемого поведения последствий. Однако для того, чтобы ребенок стал чувствительным к определенным эмоциональным сигналам, требуется значительное возмущение среды. Для Анны потребовалось значительное эмоциональное обогащение среды, для Тони — создание ситуации вынужденной активности, в которой было невозможно продолжать паразитические отношения с матерью.

2. Преобладание прогрессивных тенденций развития над регрессивными у обеих девочек обнаружилось после прорыва развития символической активности.

3. С возрастом центральные симптомы и конфликты развития сосредотачиваются на уровне символической регуляции. Вес симптомов, связанных с нарушением базальной аффективной регуляции, быстро уменьшается. Наряду с поведенческими средствами реагирования на аффективные нагрузки ребенок все чаще пытается осмыслить свой эмоциональный опыт. Поскольку этот опыт очень болезненный, то при его обобщении неизбежны искажения.

4. Проблема интеграции негативного эмоционального опыта, собственной агрессии, занимает различное положение в развитии обеих девочек. У Анны агрессивно-садистические импульсы разрушают хороший опыт (как реальный, так и воображаемый). У Тони изначально слабые агрессивные импульсы (в том числе оральная агрессия) проецируются на людей, если они мешают ее игре; в фантазиях агрессия не представлена. Из-за того, что у обеих девочек эмоциональный опыт обобщается лишь частично, отмечается неустойчивость возрастной, половой, личностной идентификации.

5. Явления искажения занимают значительное место в картине нарушений наряду с явлениями грубой задержки и недоразвития эмоциональной сферы. У Анны искажение возникает за счет неустойчивости нормальных паттернов из-за вмешательства агрессивно-садистических влечений. У Тони искажение возникает из-за диссоциации между более развитой символической активностью и отсутствием в реальном поведении тех паттернов, которые стереотипно воспроизводятся в игре и рисунке. Явления искажения с возрастом уменьшаются за счет развития реального поведения привязанности, которое позволяет Анне контролировать свои влечения, а Тоне — получать удовольствие от реального общения с людьми.

ЛИТЕРАТУРА

Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина, 1975.

Баженова О.В. Диагностика психического развития детей первого года жизни. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986.

Бардышевская М.К. Возрастная динамика симптомов, сходных с аутистическими, в поведении эмоционально-депривированных младенцев первых двух лет жизни // 1 Международная конференция памяти А.Р.Лурия, 24—26 сентября 1997. Тезисы докладов. М.: РПО, 1997. С. 8—9.

Бардышевский Н.В., Бардышевская М.К. Методические рекомендации по занятиям изобразительной деятельностью с аутичными детьми // Аутизм / Под ред. С.Н.Морозова. М.: Сигнал, 2001. С. 133—144.

Бауэр Т. Психическое развитие младенца. М.: Прогресс, 1979.

Бернштейн Н.А. О построении движений. Развитие и распад. М.: Наука, 1990. Гл. 3.

Валлон А. Психическое развитие ребенка. М.: Просвещение, 1967.

Вежбицкая А. Понимание культур через посредство ключевых слов. М.: Языки славянской культуры, 2001.

Винникотт Д.В. Пигля. М.: Класс, 1999.

Винникотт Д.В. Идеи и определения // Психология аномального ребенка: В 2 т. / Под ред. В.В.Лебединского, М.К.Бардышевской. М.: ЧеРо; Изд-во Моск. ун-та; Высшая школа, 2002а. Т. 2. С. 110—112.

Винникотт Д.В. Переходные объекты и переходные феномены // Психология аномального ребенка: В 2 т. / Под ред. В.В.Лебединского, М.К.Бардышевской. М.: ЧеРо; Изд-во Моск. ун-та; Высшая школа, 2002б. Т. 2. С. 113—130.

Выготский Л. С. Проблема умственной отсталости // Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 5. С. 231—256.

Гибсон Дж. Экологический подход к зрительному восприятию. М.: Прогресс, 1988.

Гольбин А.И. Патологический сон у детей. Л., 1979.

- Грюссер О.Й., Зельке Т., Цинда Б. Функциональная асимметрия мозга и ее значение для искусства, эстетического восприятия и художественного творчества // Красота и мозг. М.: Мир, 1995.
- Занков Л.В. Очерки психологии умственно-отсталого ребенка. М.: Государственное учебно-педагогическое издательство, 1935.
- Изард К. Психология эмоций. СПб.: Питер, 1999.
- Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996.
- Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии. Киев: Здоров'я, 1990.
- Кляйн М. Зависть и благодарность. СПб.: Б.С.К., 1997.
- Кляйн М., Айзекс С., Райверс Дж., Хайманн П. Развитие в психоанализе. М.: Академический проект, 2001.
- Крейслер Л. Психосоматика в психопатологии младенчества // Мать, дитя, клиницист / Под ред. G. Fava Vizziello & D.N. Stern. М.: Российская психоаналитическая ассоциация, 1994. С.112—145.
- Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага: Авиценум, 1984.
- Лапланш Ж., Понталис Ж.-П. Словарь по психоанализу. М., 1995.
- Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение, 1991.
- Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р. и др. Дети с нарушениями общения. М.: Просвещение, 1989.
- Лебединский В.В. Детский аутизм как модель психического дигенеза // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1996. № 2.
- Лебединский В.В. К проблеме формирования уровней системы эмоциональной регуляции // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1998а. № 4.
- Лебединский В.В. Проблема развития в норме и патологии // I международная конференция памяти А.Р.Лурия. Сб. докладов. М.: РПО, 1998б.
- Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М.: ИЦ «Академия», 2003.
- Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М., 1990.
- Левин К. Поведение и развитие как функция общей ситуации // Теория поля в социальных науках. СПб: Речь, 2000.

- Левина Р.Е.* К психологии детской речи в патологических случаях (автономная детская речь). М.: Издание Экспериментального дефектологического института, 1935.
- Лоренц К.* Обратная сторона зеркала. М.: Республика, 1997.
- Луковцева З.В.* Особенности психического развития глубоко недоношенных детей первого года жизни. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2002.
- Лурия А.Р.* Природа человеческих конфликтов. М.: Когито-центр, 2002.
- Миллер С.* Психология игры. СПб.: Университетская книга, 1999.
- Никитина Г.М.* Основные теоретические подходы к изучению функциональной организации развивающегося мозга человека // Мозг и поведение младенца. М.: Институт психологии РАН, 1993. С. 7—29.
- Никольская О.С., Баенская Е. Р., Либлинг М.М.* Аутичный ребенок. Пути помощи. М., 1997.
- Осорина М.В.* Секретный мир детей в пространстве мира взрослых. СПб.: Питер, 1999.
- Протопопова О.В.* Психомоторика и психоортопедия // Психология аномального ребенка: В 2 т. / Под ред. В.В.Лебединского, М.К.Бардышевой. М.: ЧеРо; Изд-во Моск. ун-та; Высшая школа, 2002. Т. 2. С. 687—729.
- Рейковский Я.* Экспериментальная психология эмоций. М., 1979.
- Сандлер Дж., Дэйр К.* Психоаналитическое понятие оральности // Энциклопедии глубинной психологии. М., 1998. С. 587—598.
- Селье Г.* Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1982.
- Сикорский И.А.* Физиогномика. М.: АО «Полиграф-Ревю», 1996.
- Симонов П.В.* Мотивированный мозг. М., 1987.
- Симсон Т.П.* Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста. М.: Медгиз, 1929.
- Симсон Т.П.* Шизофрения раннего детского возраста. М.: Изд. АМН СССР, 1948.
- Симсон Т.П.* Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. М., 1958.
- Сканави Е.Е.* Ипохондрические состояния у детей и подростков // Вопросы детской психиатрии / Под ред. Г.Е.Сухаревой. М. 1940. С. 77—112.
- Степанов Ю.С.* Основы общего языкознания. М.: Просвещение, 1975.

Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медгиз, 1955. Т. 1; 1959. Т. 2.

Ухтомский А.А. Избранные труды. Л.: Наука, 1978.

Ференци Ш. Теория и практика психоанализа. М.: Университетская книга, 2000.

Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. М.: Педагогика-Пресс, 1993.

Фрейд А. Норма и патология детского развития // Детская сексуальность и психоанализ детских неврозов. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1997. С. 217—362.

Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-ПРЕСС, 1999. Т. II. С. 288—303.

Фрейд З. Жуткое // Влечения и их судьба. М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 1999а.

Фрейд З. Печаль и меланхолия // Влечения и их судьба. М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 1999б.

Хайнд Р. Поведение животных. М.: Мир, 1975.

Харлоу Г., Харлоу М.К., Суоми С. От размышления — к лечению // Наука и жизнь. 1975. № 2. С. 80—87.

Чехова А.Н. Течение шизофренического процесса, начавшегося в детском возрасте. М.: Медгиз, 1963.

Чуковский К.И. От двух до пяти. М., 1958.

Шниц Р. Первый год жизни. М.: Геррус, 2000.

Шниц Р. Психоанализ раннего детского возраста. М.: Университетская книга, 2001.

Экспериментальная психология / Ред.-сост. П.Фресс, Ж.Пиаже. М.: Прогресс, 1975. Вып. 5.

Ainsworth M., Blehar M., Waters E., Wall S. Patterns of Attachment. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1978.

Alvarez A. Addressing the element of deficit in children with autism: psychotherapy which is both psychoanalytically and developmentally informed // Clinical Child Psychology and Psychiatry. 1996. P. 525—537.

Alvarez A. Disorder, deviance & personality. Factors in the persistence and modifiability of autism // Autism and Personality. Findings from the Tavistock autism Workshop / Ed. by A. Aivares & S. Reid. London; N.Y.: Routledge, 1999. P. 62—78.

Bardyshevsky M. The compensation of autistic features during a little boy's second year // The international journal of infant observation. October. 1998. Vol. 2. No. 1. P. 40—57.

Barker R.G., Dembo T., Lewin K. Frustration and regression: an experiment with young children // Studies in topological and vector psychology. Vol. II. Univ. Iowa. St. Child Welfare, 1941. 18. № 1. 1—314.

Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. Does the autistic have a «theory of mind?» // *Cognition*. 1985. 21.

Baron-Cohen S., Tager-Flusberg Y., Cohen D.J. (Eds.) *Understanding other minds. Perspectives from autism*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1996.

Bergman P., Escalona S.K. Unusual sensitiveness in very young children // *Psychoanalytic Study of the Child* 4. 1949. 333—452. 18.

Birch E. The experience of the skin early object relations // *Int. J. of Psycho-analysis*. 1968. 49. 484—486.

Bion W.R. *Learning from experience*. London: Karnak, 1991.

Blurton-Jones N.G. An ethological study of some aspects of social behaviour of children in nursery school // *Primate Ethology* / Ed. D. Morris. London: Weidenfeld & Nicolson, 1967.

Bowlby J. *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock, 1979.

Bowlby J. Separation Anxiety // *Int. J. Psycho-Anal.* 1960. 41. 89—113.

Bowlby J. Attachment and loss. N.Y., 1969, 1973. V. 1, 2.

Brazelton T.B., Cramer B. *The earliest relationship: parents, infants and the drama of early attachment*. Reading, MA USA Addison-Wesley Publishing CD, 1990.

Bridges K.M.B. A genetic theory of emotions // *J. genet. Psychol.* 1930. 37. 514—527.

Bridges K.M.B. Emotional development in early infancy // *Child development*. 1932. 3. 324—241.

Bridges K.M. *The Social and Emotional Development of the Preschool Child*, London: Kegan, Paul, Trench, Trubner, 1931.

Briggs S. Observing when infants at potential risk. In: *Developments in infant observation. The Tavistock model* / Ed. by S. Reid. London; New York: Routledge, 1997.

Carmichael L. *Manuel de psychologie de l'enfant*. Paris, 1942.

Chess S., Thomas A. *Origins and evolution of behaviour disorders. From infancy to early adult life*. Cambridge, 1984.

Cohn J.F., Tronick E.Z. Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression // *Child development*. 1983. Vol. 54.

Cohn J.F., Matias R., Tronick E.Z. et al. Face-to face interactions of depressed mothers and their infants // *Maternal depression and infant disturbance. New directions of child development* / Ed. by E.Z. Tronick, T. Field. San Francisco, 1986.

Dewdney D. A specific distortion of the human facial percept in childhood schizophrenia // *Psychiatr. Quart.* 47. P.82—94.

Dubinsky A. Apprehension of emotional experience // *Psychotic states in children* / M. Rustin, M. Rhode, A. Dubinsky, H. Dubinsky. London, Duckworth, 1997. P. 5—25.

Emde R., Kligman D.H., Reich J.H., Wade T.D. Emotional expression in infancy: Initial studies of social signaling and an emergent model // *The Development of Affect* / Ed. M. Lewis, L. Rosenblum. New York: Plenum Press, 1978.

Field T. Expressivity in physically and emotionally handicapped children // *Emotional development in atypical children* / Ed. by M. Lewis, M.W. Sullivan. Lawrence Erlbaum Associates. Mahwah, New Jersey. 1996. P.1—28.

Field T.M. Early Interactions between Infants and Their Post-Partum Depressed Mothers // *Infant Behaviour Development*. 1984. No. 7. P. 517—522.

Geen R.G. Preferred stimulation levels in intraverts and extraverts // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984. 46.

Harlow H., Harlow M.K. Learning to love // *Americ. Scient.* 1996. 54. P. 244—272.

Hoxter S. The residui autistic condition and its effect upon learning-Piffy // *Explorations in autism: a psycho-analitical study*. Clunie Press, 1975. P. 162—191.

Kanner L. Autistic disturbances of affective Contact // *Classic readings in autism* / Ed. by A. Donnellan. N.Y.: Coriginal Work publ. 1985. P. 11—50.

Kanner L. Followup study of eleven autistic children originally reported in 1943 // *J. Autism Child. Schizo.* 1. 1971. 119—145.

Klein M. *The psycho-Analysis of Children*. London: Hogarth Press, 1932.

Klein M. *Contributions to Psycho-Analysis, 1921—1945*. London: Hogarth press, 1948.

Klein M. On identification // *New directions in Psycho-Analysis*. London: Tavistock Publications, 1955.

Klein M. The psychoanalytic play therapy. *Envy and Gratitude*. London: Virago Press, 1988. P. 122—140.

Klein M., Heimann P., Isaaks S., Riviere J. *Developments in Psycho-Analysis*. London: Hogarth Press, 1952. (Русский пер. главы: Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональной жизни ребенка // *Психоанализ в развитии* / Под ред. А.П. Поршенко, И.Ю. Романова. Екатеринбург: Деловая книга, 1998.)

Knobloch H., Pasamanick B. Gesell and Amatruda's developmental diagnosis. New York: Harper and Row, 1974.

Lewin K. *Dynamic Theory of Personality*. N.Y.: McGraw-Hill Company, 1935.

Lindsley D.B. Attention, Consciousness, Slepp and Wakefulness // *Handbook of Psychology*. Sec. I. Neurophysiol. 3. 1553—1593. Washington: Am. Physiol. Soc., 1960.

Mahler M.S. Rapprochement subphase of the separation-individuation process // *Personality Quarterly*. 1972. 41. 487—506.

McGrew W.C. An ethological study of children's behavior. N.Y.: Academic Press, 1972.

Meltzer D. Dimentionality in mental functioning // *Explorations on Autism*, London: The Clunie Press, 1975a. P. 223—238.

Meltzer D. Psychology of Autistic States and post-autistic mentality / *Explorations on Autism*. London: The Clunie Press, 1975b. P. 6—32.

Meltzer D. The claustrum. An investigation of claustrophobic phenomena. London: The Clunie Press, 1992.

Nelson C.A. The recognition of facial expression in the first two years of life: mechanisms of development // *Child development*. 1987. V. 58. P. 889—909.

Pederson D.R., Moran G. A categorical description of infant-mother relationships in the home and its relations to Q-sort measures of infant-mother interaction // *Monographs of the Society for research in child development* / Ed. E. Waters. 1995. N 244. Vol. 60. № 2—3.

Reid S. Autism and trauma: autistic Post-Traumatic developmental Disorder // *Autism and personality* / Findings from the Tavistock Autism Workshop. New York; London: Routledge, 1999.

Restoin A., Montagner H., Rodriguez D. et al. Ethologie et développement de l'enfant sous la direction de R.E. Tremblay, Provost & Strayer F.F., 1985.

Rhode M. Echo or answer? The move towards ordinary speech in three children with autistic spectrum disorder // *Autism and personality*. Findings from the Tavistock Autism Workshop, Routledge; London & New York, 1999.

Scott J.P. (Ed.) Critical periods. Stroudsburg: Bowing Green university, 1978.

Social deprivation in monkeys // *Scientific American*. 207. P.137—146.

Spitz R.A. Hospitalism // *The Psychoanalytic Study of the Child*. 1945. 1. 53—74.

Spitz R.A., Wolf K.M. Anaclitic Depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*. 1946. 2. 313—342.

Thomas A., Chess S., Birch H. Temperament and Behavior Disorders in Children. New York: Univ. Press, 1968.

Trad P. Infant depression: paradigms and paradoxes. New York: Springer-Verlag, 1986.

Trad P. Infant previewing. N.Y., 1990.

Tustin F. Autism and childhood psychosis. London: The Hogarth Press Lts., 1972.

Tustin F. The protective shell in children and adults. London: Carnac, 1990.

Walden T., Knieps L. Reading and responding to social signals // Emotional development in atypical children / Ed. by M. Lewis, M.W. Sullivan. Lawrence Erlbaum associates, publishers. New Jersey, 1996.

Waters E., Vaughn B., Posada G., Kondo-Ikemura K. (Eds.) Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models. Monographs of the Society for Research // Child Development. 1995. 60. Serial No. 244 (2—3).

Weil J.L. Early deprivation of empathic care. International Universities press. Madison, Connecticut, 1992.

Williams D. Nobody nowhere. London: Transworld Publications, 1992.

Wittenberg I. Primal depression in autism // Explorations in Autism: a psycho-analytical study. London: Clunick Press, 1975. P. 56—98.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

СИТУАЦИИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ РЕБЕНКА С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ (к четвертому уровню методики оценки эмоциональной регуляции)

Ситуации с высоким уровнем стресса (эти ситуации стимулируют поиск близости со взрослым у ребенка)

1. Приход (возвращение) близкого взрослого.

Состояние ребенка:

— вялое/характер активности не меняется (–2)

ИЗБЕГАНИЕ

— вспышка аутостимуляции

ИЗБЕГАНИЕ + АМБИВАЛЕНТНОСТЬ

— возбужденное/радостное состояние неустойчиво (–1)

АМБИВАЛЕНТНОСТЬ

Глазной контакт:

— избегание (–2);

— глазной контакт только с дальнего расстояния (–1,5);

— неустойчивый глазной контакт; нарушение ритма глазного контакта (то смотрит пристально, без пауз, то надолго отворачивает голову) (–1).

Поиск близости:

— полное избегание (–2);

— незавершенное приближение: делает шаг навстречу и замирает, отворачивается, смущается (–1)

АМБИВАЛЕНТНОСТЬ

— симбиотический тактильный контакт: сворачивается калачиком на груди у матери: пытается залезть под одежду (–1)

СИМБИОЗ

— напряженный — тревожный (цепляется, виснет) (–1)

СИМБИОЗ

— агрессивный тактильный контакт (тянет за руку, таранит, кусает) (–1) **АМБИВАЛЕНТНОСТЬ**

— прижимается, с компонентом влечения.

Вокализация:

— отсутствует (–2);

— плач (–1);

— незавершенная (нет приветствия; щебет, речь малопо-
нятная, эхолалии; игра со словами, не адресованная пря-
мо взрослому) (−1).

2. Травма (например, падение):

- не обращает внимания на падение (не чувствует боли) (−1);
- плачет, но не ищет помощи взрослого.

3. Взрослый уделяет внимание другому ребенку (занят своим делом).

Активность. Поиск близости:

- снижение активности/ близости явно не ищет (−2);
- агрессия, направленная на взрослого (дергает, бьет, тя-
нет) / очень напряжен (−1);
- увеличение дурашливого поведения (−0,5).

Вокализация:

- отсутствует (−2);
- крик, плач, шум (−1).

4. Уход взрослого (матери¹).

- протест отсутствует (−2) ИЗБЕГАНИЕ;
- протест длительный; возможен многочасовой плач, аг-
рессия (−1,5) АМБИВАЛЕНТНОСТЬ;
- протест — только до тех пор, пока взрослый не ушел (−1)
НЕЗРЕЛОСТЬ;
- депрессивная реакция (ребенок отказывается играть, хо-
дит кругами, воеет или подолгу сохраняет одну и ту же
позу).

5. Ребенок остается вдвоем с незнакомым взрослым.

*Поведение, свидетельствующее о том, что ребенок не мо-
жет справиться со стрессом:*

- мечется, гиперактивен, усиливается дезинтеграция по-
ведения;
- усиливается аутостимуляция, аутоагрессия;

¹ Только для детей с тяжелой задержкой эмоционального разви-
тия (по эмоциональному развитию соответствуют возрасту 1—2 года).

- набрасывается на взрослого (ведет себя агрессивно) (не учитывает статусного превосходства);
- замораживает всякую активность.

Ситуации с низким уровнем стресса¹

1. Взаимодействие со взрослым с дальнего расстояния или в условиях, исключающих телесный контакт (ребенок сидит в качелях, манеже, трубе; сам может регулировать расстояние, отделяющее его от взрослого).

Реакция отслеживания взрослого (матери):

- не отслеживает перемещения взрослого (матери) (−2);
- отслеживает перемещения взрослого, когда тот не смотрит на ребенка (−1,5);
- отслеживает почти непрерывно (−1).

Глазной контакт:

- избегание (−2);
- непрерывный (−1).

Вокализация:

- отсутствует (−2);
- протестует, когда взрослый обращается к нему (−1,5);
- сигнальная примитивная (привлекает к себе внимание) (−1).

2. Взаимодействие со взрослым, опосредованное эмоционально-тонизирующим объектом (игра с водой, горящей свечой, сыпучим материалом):

- контакт со взрослым восстанавливается очень медленно, на очень короткое время;
- контакт со взрослым восстанавливается, ребенок приближается к взрослому, разделяя интерес к эмоционально тонизирующему объекту.

¹ Эта часть методики рекомендуется для оценки поведения детей с тяжело выраженным синдромом раннего детского аутизма или с тяжелой степенью эмоциональной депривации для выявления потенциала коммуникативного поведения.

ВАРИАНТ МЕТОДИКИ, АДАПТИРОВАННЫЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ДИНАМИКИ АФФЕКТИВНОГО РАЗВИТИЯ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ¹

Данный вариант методики специально адаптирован для исследования динамики развития эмоциональной регуляции у воспитанников Дома ребенка (в возрасте от 6 месяцев до 4-х лет). Методика была апробирована в лонгитюдном исследовании, проведенном на выборке из 81 ребенка. Были проанализированы данные, полученные различными способами: систематическое наблюдение в группах с применением видеосъемки, опрос персонала, индивидуальная и групповая коррекционная работа.

Применение данного варианта методики позволило оценить процесс эмоционального развития в его целостности, проследить перестройки, происходящие в системе эмоциональной регуляции в периоды возрастных кризисов, выявить компенсаторные механизмы, включающиеся в условиях депривации.

Данный вариант методики предполагает преимущественно качественный вариант оценки по всем параметрам. Балльные оценки были введены ретроспективно для удобства количественного анализа результатов. Приводится текст методики, использовавшийся в исследовании, с ретроспективно добавленными балльными оценками. Также приводятся бланки методики.

1. Общая характеристика эмоциональной регуляции

1.1. Общий фон настроения и его устойчивость (качественная оценка):

☉ ребенок часто и беспричинно хнычет, редко улыбается;

☉ не радуется общению, новым интересным игрушкам (апатия);

☉ мимические депрессивные проявления, депрессивные позы (с 9 мес.);

¹ Вариант методики адаптирован Ю.Михайловой.

- раздражителен, дисфоричен;
- норма;
- элементы эйфории (с 18 мес.);
- наличие аффективных колебаний, эмоциональная лабильность.

1.2. Соотношение защитных и активных форм поведения. Преобладающий тип защитных форм поведения (качественная + балльная оценка):

а) отмечается возрастание защитных форм поведения по сравнению с активными;

б) отмечается преобладающий тип защитного реагирования:

- пассивное: паническое, тревожное, депрессивное;
- активное: агрессивное, истериоформное, эйфоричное.

Балльная оценка	
1	Пассивное избегание и самоизоляция устойчиво преобладают. Активные формы адаптации практически не развиты
2	При общем преобладании пассивных форм адаптации появляется активное использование аутостимуляции и элементы активного протеста
3	В равной мере используется пассивное избегание и аутостимуляция и такие активные формы, как смещенная активность, агрессия, истериоформные реакции
4	Активные формы адаптации преобладают над тенденцией к самоизоляции и пассивным избеганием
5	Гипертрофия активных механизмов адаптации (большое количество протестных и истериоформных реакций, склонность к агрессивному реагированию)

1.3. Ситуации, вызывающие наибольшую стрессовую реакцию у ребенка (качественная оценка):

Стимуляция какого уровня вызывает наибольший стресс, разнообразие стрессогенных ситуаций:

1 уровень — ситуации с повышенной сенсорной нагрузкой;

2 уровень — разрушение привычных стереотипов (сила адаптационной реакции);

3 уровень — физический барьер, социальный барьер (конфликт с другим ребенком/со взрослым);

4 уровень — ситуация непосредственного эмоционального контакта (сам контакт, его прерывание, невнимание взрослого и т.д.).

1.4. Регуляция эмоционального состояния с помощью взрослого (качественная характеристика + интегральная балльная оценка):

Балльная оценка		
Регуляция возбуждения в контакте	Очень часто ребенка невозможно успокоить	0
	Требуется интенсивное и длительное воздействие, тактильный контакт	1
	В большинстве случаев достаточно ласкового обращения	0
Поиск помощи и поддержки со стороны взрослого	В стрессовой ситуации ребенок не обращает внимания на взрослого	0
	Изредка ищет утешения. Физически цепляется за взрослого в ситуации сильного испуга	1
	Часто ищет утешения. В стрессовой ситуации ищет глазами взрослого	2
Влияние контакта со взрослым на регуляцию страхов	В большинстве случаев взрослый не может повлиять на проявление страха	0
	Тесный контакт со взрослым снимает паническую реакцию	1
	Контакт «со своим» взрослым частично снижает тормозящее действие страха	2
	Тормозящее действие страха исчезает в присутствии «своего» взрослого	3

1.5. Самостоятельная регуляция эмоционального состояния (качественная характеристика + интегральная балльная оценка):

а) эффективность саморегуляции:

● не может сам успокоиться, часто плачет без видимой причины;

● успокаивается с большим трудом;

● достаточно быстро успокаивается, «спокойный ребенок».

б) способы саморегуляции (доступные / часто используемые):

- плач до истощения;
- аутоstimуляция;
- ненаправленная агрессия;
- направленная агрессия;
- смещенная активность;
- символические формы.

Интегральная балльная оценка	
0	Основной способ саморегуляции — плач до истощения
1	Преобладает плач до истощения и аутоstimуляция с элементом самоизоляции (ребенок застревает на аутоstimуляции). Ребенка можно отвлечь пищевым подкреплением
2	Ребенка можно переключить, иногда переключается сам, эффективно использует аутоstimуляцию. Начинает использовать ненаправленную и смещенную агрессию
3	Использует в основном фоновую аутоstimуляцию, различные формы смещенной активности, простейшую стереотипную игру. Плач до истощения отмечается редко
4	Активно используется стереотипная игра и смещенная активность. При доступности различных активных форм саморегуляции (включая символический уровень) они очень нестойки. Возможны регрессы к примитивным способам саморегуляции
5	Активные формы саморегуляции устойчиво преобладают над самоизоляцией и аутоstimуляцией. Доступен символический уровень (произвольная саморегуляция и спонтанная психодрама)

1.6. Частота и сила регрессов (качественная оценка):

- а) кратковременные функциональные регрессы на фоне истощения или повышения эмоциональной нагрузки;
- б) длительные регрессии с распадом навыков и т.д.

2. Уровень реактивности (первый уровень ЭР) Наличие и степень нарушений на данном уровне ЭР

2.1. Гиперсензитивность (интегральная балльная оценка):

а) от физических стимулов: обонятельная, болевая, тактильная, зрительная (к свету или движению), слуховая, вестибулярная;

б) от человека: к ТК (инструментальный, игровой, коммуникативный); к ЗК (непереносимость на близком расстоянии, на руках), к голосовому контакту.

		Легкая: напрягается, быстро устает	Выраженная: пассивное избегание, испуг	Ярко выраженная: активное избегание, плач, аутоагрессия
К физическим стимулам:	неустойчивая;	1	2	3
	устойчивая	2	3	4
К зрительному контакту:	неустойчивая;	1	2	3
	устойчивая	2	3	4
К тактильному контакту:	неустойчивая;	1	2	3
	устойчивая	2	3	4

В карту развития заносится суммарная оценка:

Балл в карте	Название	Суммарная оценка
0	Не отмечается	0—2
1	Легкая	3—6
2	Выраженная	7—12

2.2. Реакция на повышенную сенсорную нагрузку (качественная + балльная оценка):

0 — дезадаптивной реакции не отмечается;

1 — умеренная дезадаптивная реакция: аутостимуляция, быстрое истощение; ребенок начинает «ныть», снижается качество контакта и исследовательской деятельности;

2 — выраженная дезадаптивная реакция: перевозбуждение, разрушительная реакция.

3. Стереотипы поведения (второй уровень ЭР) Оценивается сложность, адаптивность и пластичность этих стереотипов, а также целостность и структурированность системы поведения в целом.

3.1. Ритмичность физиологических процессов (качественная + балльная оценка по двум параметрам):

а) ритм сна:

0 — нарушения сна не отмечаются: нормальный сон;

1 — легкие нарушения сна: продолжительность сна то больше, то меньше, часто пробуждается; не спит днем; не выдерживает режим;

2 — выраженные нарушения сна: ритм полностью разлажен, спит непродолжительно, в разное время.

б) кормление:

0 — трудностей кормления не отмечается;

1 — умеренные трудности при кормлении: ест то хорошо, то плохо, срыгивает;

2 — выраженные трудности при кормлении: частые отказы от пищи, упорные срыгивания.

3.2. Избирательность (качественная оценка нарушений):

☉ снижение или повышение избирательности в еде;

☉ явления избирательности в еде (стойкие / нестойкие);

☉ снижение избирательности в еде (ест несъедобное или малосъедобное);

☉ спит только в своей кровати (коляске) и др.

3.3. Сила и длительность адаптационных реакций (качественная + балльная оценка):

Сила адаптационной реакции определяется уровнем дезадаптации, глубиной и стойкостью регресса. Какие нарушения возникают в поведении в период адаптации (неустойчивость эмоционального состояния, регресс когнитивных функций и повседневных навыков, повышенная тревожность, агрессивность и т.д.).

0 — нормальная адаптационная реакция: в первые дни резко возрастают защитные формы поведения, после чего ребенок начинает активно осваиваться в новой среде;

1 — умеренная адаптационная реакция: резко возрастает тревожность, в результате чего появляются амбивалентность в контакте и угнетение исследовательской экспан-

сии. В условиях безопасного контакта функции восстанавливаются. Адаптация длится около 1 месяца;

2 — затяжная тяжелая адаптационная реакция: ребенок постоянно плачет, доступные способы саморегуляции оказываются неэффективными. Появляется аутоагрессия, стойкая аутостимуляция. Может сопровождаться регрессом в сфере навыков (утрата навыков опрятности). Нормальный уровень функционирования восстанавливается медленно (в течение 2—3 мес.).

3.4. Аутостимуляция (качественная оценка по 4 параметрам + балльная оценка);

- 1) в каких ситуациях возникает;
- 2) каким аффектом сопровождается;
- 3) интенсивность;
- 4) устойчивость (легко ли отвлечь ребенка).

Балльная оценка аутостимуляции	
1	Небольшое количество аутостимуляции возникает преимущественно перед сном и при ограничениях моторной активности
2	Умеренное количество аутостимуляции возникает время от времени
3	Значительное количество аутостимуляции. Интенсивная аутостимуляция составляет некоторый устойчивый процент в поведенческом репертуаре
4	Значительное количество аутостимуляции в сочетании с устойчивой фоновой аутостимуляцией (постоянно сосет палец или качается)
5	Преобладание аутостимуляции в общей картине поведения. Устойчивая аутостимуляция, когда ребенка трудно отвлечь

3.5. Использование стереотипных форм активности для снижения тревоги (качественная оценка):

- стереотипное раскладывание, упорядочивание;
- повышенная чувствительность к беспорядку;
- стереотипная игра.

3.6. Гиперактивность (наличие данного типа поведения и его выраженность).

4. Уровень экспансии (третий уровень ЭР)

4.1. Чувство самосохранения, отношение к опасности (качественная оценка нарушений):

● нарушено чувство самосохранения: бежит и лезет, не глядя куда; частые травмы;

● чрезмерная боязливость: не подражает сверстникам в подвижных играх с элементом опасности;

● длительный страх ходьбы.

4.2. Реакция на физический барьер, на удаленность (качественная оценка + балльная оценка нарушений):

0 — адекватная реакция;

1 — ребенок легко отказывается от желаемого при возникновении препятствий;

2 — полное торможение активности при любом барьере на пути к объекту;

3 — восприятие удаленности как препятствия после начала ползания.

4.3. Реакция на новизну (качественная оценка)

Стимулы: музыкальная шкатулка, заводные игрушки

● торможение исследовательской активности, уход;

● поверхностный интерес, амбивалентность;

● исследовательское поведение.

4.4. Реакция на сложность предмета (качественная оценка)

Стимулы: 12 мес. — закрытая коробка; с 2 лет 6 мес. — сложные задания

● уход, реакция выученной беспомощности;

● агрессия;

● поиск помощи;

● попытки справиться самостоятельно.

4.5. Качество исследовательской экспансии, доля исследовательского поведения в общей активности (качественная оценка свободного поведения в группе + балльная оценка):

Балльная оценка:	
1	Тотальное торможение: исследовательская активность практически полностью заторможена
2	Выраженное угнетение: исследовательская активность кратковременная, легко тормозится любым барьером
3	Преобладает стереотипная поверхностная активность. Требуется стимуляция со стороны взрослого или объект для подражания
4	Ребенок способен продемонстрировать достаточно высокий уровень исследовательской экспансии, но доля исследовательской активности в свободном поведении снижена.
5	Без признаков угнетения: ребенок проявляет устойчивый познавательный интерес

4.6. Влияние страхов на общую активность (качественная + балльная оценка):

1	Страхи достаточно контролируются ребенком и практически не нарушают активность
2	Ребенок в большинстве случаев контролирует проявления страхов. В новой ситуации страхи умеренно тормозят активность
3	Многочисленные страхи слабо контролируются ребенком и частично подавляют активность
4	Страхи практически не контролируются ребенком и грубо нарушают активность в той или иной сфере
5	Тотальная охваченность ребенка страхами, грубо нарушающими все виды активности

4.7. Сформированность личностной идентификации (качественная оценка):

а) уровень развития личностной идентификации:

- игра с ручками и ножками, интерес к своему отражению в зеркале (6 мес.);
- внимательно разглядывает себя в зеркале (9 мес.);
- узнает себя в зеркале (на уровне действий) (с 1 года);

☉ показывает на себе и на других части тела (с 1 г. 6 мес.);

☉ использует местоимение «я»;

☉ говорит «я»;

☉ появляется местоимение «мое»;

☉ различает «мое» — «не мое».

б) признаки нарушения личностной идентификации (фиксируются с 3 лет):

1. Искажение в использовании местоимения «я» 2. Трудности узнавания себя в зеркале и на фотографии 3. Нарушения дифференциации категорий «мое» — «чужое» 4. Нарушение интеграции представлений о себе во времени 5. Недостаточность половой идентификации	0 — не отмечается нарушений; 1 — выражены умеренно; 2 — ярко выражены
---	---

в) поддержание целостности личностной идентификации за счет внешних атрибутов

4.8. *Территориальное поведение, влияние присутствия другого ребенка на качество игры (качественная оценка типа поведения):*

☉ игровое пространство не строится, поведение полевое;

☉ не допускает других детей в свое игровое пространство, играет один;

☉ вторгается в чужое игровое пространство, отбирает игрушки;

☉ играет с другими, старается руководить игрой.

4.9. *Сформированность защитной агрессии (с 15 мес.) (фиксируются нарушения):*

☉ несформированность защитной агрессии;

☉ неадекватность;

☉ чрезмерная интенсивность защитной агрессии.

4.10. *Игровая квазиагрессия (с 2,5 лет) (фиксируются нарушения):*

☉ неадекватное восприятие квазиагрессивных действий других детей;

● гипертрофия квазиагрессивных способов коммуникации;

● легкость перехода квазиагрессии в прямую агрессию.

4.11. Поведение в конфликтной ситуации с другими детьми (качественная оценка типа поведения и его выраженности):

Часто ли конфликтует с детьми, способен ли самостоятельно отстоять свою позицию, обращается ли за помощью к взрослому.

4.12. Поведение в конфликтной ситуации со взрослым (качественная оценка типа поведения и его выраженности):

Ситуации: неудача в задании, запрет, порицание, наказание. Какие реакции преобладают и какой интенсивности:

- негативистические;
- истериоформные;
- чрезмерная тормозимость;
- попытки конструктивного разрешения конфликта.

Балльная оценка интенсивности истериоформных реакций:

1	Истериоформных проявлений не отмечается
2	Отдельные истериоформные протестные реакции
3	Умеренное количество истериоформных реакций невысокой интенсивности
4	Интенсивные и частые истериоформные реакции, часто включающие умеренную аутоагрессию
5	Интенсивные и продолжительные истериоформные реакции на любую фрустрацию и невнимание взрослого. Аффектореспирационные приступы

4.13. Поведение с незнакомым взрослым (качественная оценка типа поведения и его выраженности):

- выраженный испуг;
- стойкое избегание;
- легко вступает в поверхностный контакт;
- навязчивость.

4.14. Поведение с незнакомым ребенком (качественная оценка типа поведения и его выраженности):

- избегание;
- игнорирование;
- агрессия;
- интерес;
- попытки вступить в общение;
- проявление интереса в основном к маленьким (более слабым).

5. Качество эмоциональной привязанности (четвертый уровень ЭР)

5.1. Качество эмоционального контакта в ситуации с высоким стрессом (качественная оценка по 5 параметрам):

1. Инициация контакта:	а) 6—9 мес. Реакция на «still face»: • безынициативен; • слабые попытки привлечь внимание; • активно привлекает внимание, протестует; б) после 1 года. Появление взрослого в группе: • не замечает взрослого; • смотрит, но не подходит; • улыбается издали, «заигрывает»; • подходит, стремится обратить на себя внимание примитивными способами, агрессивный контакт; • «прилипает», пристраивается; • вступает в диалог (на 2-м году приносит игрушки, обнимает; приветствует, задает вопросы, показывает что у него есть, что он сделал).
2. Боль, обида и т.д.:	• не ищет контакта; • смотрит на взрослого, ждет помощи; • сам подходит; просит, чтобы его пожалели.

3. Взрослый уделяет внимание другому ребенку:	• не реагирует / снижение активности, утрата интереса; • плачет так, что нельзя отвлечь; истерическая реакция; агрессия на взрослого или другого ребенка; • пытается обратно привлечь внимание, но не плачет, увеличение активности, попытки диалога, подражание
4. Требование взрослого:	• игнорирует; • требуется повторение; • старается все выполнять
5. Уход взрослого:	отсутствие протеста; плачет так, что нельзя отвлечь / чрезмерный протест, агрессия; физически препятствует уходу, цепляется; адекватный протест до момента ухода взрослого

5.2. Эмоциональный контакт в оптимальных условиях (качественная оценка по 6 параметрам):

- 1) богатство репертуара общения;
- 2) активность / реактивность ребенка;
- 3) «глубина» (эмоциональная наполненность) и продолжительность контакта;
- 4) координация контактов;
- 5) внимание к эмоциональной экспрессии, ее понимание, имитация;
- 6) характеристика отдельных видов контакта:

Глазной контакт:	• только издали; • единичный после тонизирования; • для проекции агрессии; • для воздействия на взрослого; • иногда при непосредственном эмоц. общении; • на руках; • диалогический ЗК (в игре / сопровождаемый речью)
Тактильный контакт:	• стойкое избегание; • непереносимость ТК в сочетании с ЗК; • ребенок терпит ТК, но испытывает дискомфорт; • ненасыщаемый ТК, прилипание; • несформированность защитной функции ТК; • агрессивный ТК; • допускает ТК, сохраняя дистанцию
Голосовой (речевой) контакт:	• вокализации практически отсутствуют; • больше использует вокализации в свободной активности, чем в контакте; • диалогический голосовой контакт (невербальный); • поддерживает диалог; • задает вопросы; • речевой диалог поддерживается адекватным глазным контактом

5.3. Разделенный интерес (качественная и балльная оценка):

0 — разделенный интерес сформирован удовлетворительно;

1 — легкая недостаточность: ребенок охотно включает-ся в совместное исследование, но стремление к непосред-

ственному эмоциональному контакту постоянно конкурирует с исследовательским интересом;

2. — умеренная недостаточность: ребенок постоянно стремится переключиться на непосредственное общение, совместное внимание неустойчиво, быстро распадается;

3 — выраженная недостаточность: невозможно привлечь внимание ребенка к совместной исследовательской деятельности.

5.4. Социальная референция (качественная и балльная оценка):

1 — легкая недостаточность: при встрече с чем-то новым ребенок не ищет эмоциональной оценки взрослого;

2 — выраженная недостаточность: в своем поведении ребенок практически полностью игнорирует эмоциональную оценку взрослого.

5.5. Общая характеристика качества привязанности к взрослому (качественная оценка):

1) избирательность в общении и проявлении привязанности;

2) удовольствие от близкого контакта;

3) использование эмоционального заражения;

4) насколько взрослый обеспечивает чувство безопасности;

5) для детей после 3-х лет определение типа привязанности по классификации М.К.Бардышевой (избегающие дети; цепляющиеся дети; дети с недифференцированными привязанностями; амбивалентные дети; социально-тревожные дети).

5.6. Отношения с другими детьми (качественная оценка по ряду параметров):

1) позиция по отношению к другим детям:

● самоизоляция, избегание;

● безразличие;

● дистанцирование, позиция наблюдателя;

● любит совместные игры, охотно контактирует;

● стремится к лидерской позиции, борьба за доминантность.

2) основные способы коммуникации:

- агрессия (в рамках конкурентного взаимодействия, защитная, импульсивная, истинная);
- квазиагрессия;
- подвижные или ролевые игры;
- сотрудничество, развитость системы «просьба—отдавание»

3) развитость механизмов заражения и подражания.

4) способность к сочувствию.

5) забота о младших.

6) избирательность, индивидуальные отношения.

5.7. Проявления привязанности к группе (качественная оценка по ряду параметров):

- 1) снижает ли тревогу присутствие детей из своей группы;
- 2) страх сепарации от группы;
- 3) страх одиночества;
- 4) реализация протестного и провокативного поведения в виде коллективной формы поведения.

6. Обобщение эмоционального опыта на символическом уровне — способен ли ребенок к символическому обобщению эмоционального опыта и на каком уровне (только на довербальном или также и на вербальном).

6.1. Переходный объект (характер и эффективность) (качественная + балльная оценка):

1) балльная оценка использования переходного объекта:

Переходные объекты отсутствуют	0
Частичное использование переходных объектов. Переходный объект выполняет свои функции недостаточно, ребенок может легко от него отказаться	1
Удовлетворительный переходный объект	2

2) признаки искажения переходного объекта: жесткий, испорченный, максимально простой и т.д.

6.2. Уровень развития игры и речи (качественная + балльная оценка):

Активная речь:	скудный лепет;	1
	единичные слова-синкреты;	2
	автономная речь;	3
	простая фраза;	4
	ответы на вопросы;	5
	активный диалог	6
Понимание речи:	реагирует на имя и интонацию;	1
	знает названия отдельных предметов;	2
	обобщает предметы, выполняет некоторые просьбы;	3
	на ситуационно-бытовом уровне;	4
	на уровне привычного обихода;	5
	на абстрактном уровне	6
Уровень развития игры:	неспецифичные манипуляции с предметами;	1
	простые сюжетные действия из своего опыта;	2
	стереотипная сюжетная игра;	3
	попытки символической переработки отдельных конфликтов в игре (при помощи взрослого);	4
	развернутая самостоятельная символическая игра	5

6.3. Использование внешней регулирующей речи (качественная оценка).

6.4. Способность говорить о своем эмоциональном опыте (качественная оценка).

6.5. Способность символически представить свои желания в игре (качественная оценка).

6.6. Эмоциональный опыт, проецируемый в игре, способы обращения с объектами, темы символической игры (качественная оценка).

6.7. Качества взрослого, выбираемые для идентификации в игре (качественная оценка):

Что из репертуара поведения взрослого ребенок проигрывает в сюжетно ролевой игре:

- защищающее поведение, забота и уход;
- наказания и порицания, похвала за достижения (ситуация условного принятия);
- неприятие, прямая агрессия.

6.8. Характер предпочитаемых объектов, отношение к мягкой игрушке (качественная оценка).

6.9. Признаки искаженного внутреннего объекта: интерес к сломанному, плохому, страшному, больному (качественная оценка).

Бланк методики

Ф.И. ребенка	Возраст	Поведенческие проблемы
1	Общая характеристика эмоциональной регуляции	
1.1	Общий фон настроения и его устойчивость	
1.2	Соотношение защитных и активных форм поведения Преобладающий тип защитных форм поведения	
1.3	Ситуации, вызывающие наибольшую стрессовую реакцию у ребенка	
1.4	Регуляция эмоционального состояния с помощью взрослого	
1.5	Самостоятельная регуляция эмоционального состояния	
1.6	Частота и сила регрессов	
2	Уровень реактивности (первый уровень ЭР)	
2.1	Гиперсензитивность	
2.2	Реакция на повышенную сенсорную нагрузку	
3	Стереотипы поведения (второй уровень ЭР)	
3.1	Ритмичность физиологических процессов	
3.2	Избирательность	
3.3	Сила адаптационных реакций	
3.4	Аутостимуляция	
3.5	Использование стереотипных форм активности для снижения тревоги	
3.6	Гиперактивность	
4	Уровень экспансии (третий уровень ЭР)	
4.1	Чувство самосохранения, отношение к опасности	
4.2	Реакция на физический барьер, на удаленность	
4.3	Реакция на новизну	

4.4	Реакция на сложность предмета	
4.5	Качество исследовательской экспансии, доля исследовательского поведения в общей активности	
4.6	Влияние страхов на общую активность	
4.7	Сформированность личностной идентификации: 1) искажение в использовании местоимения «я»; 2) трудности узнавания себя в зеркале и на фотографии; 3) нарушения дифференциации категорий «мое» — «чужое»; 4) нарушение интеграции представлений о себе во времени; 5) недостаточность половой идентификации	
4.8	Территориальное поведение	
4.9	Сформированность защитной агрессии	
4.10	Игровая квазиагрессия	
4.11	Поведение в конфликтной ситуации с другими детьми	
4.12	Поведение в конфликтной ситуации со взрослым:	неудача в задании; запрет; порицание, наказание
4.13	Поведение с незнакомым взрослым	
4.14	Поведение с незнакомым ребенком	
5	Качество эмоциональной привязанности (четвертый уровень ЭР)	
5.1	Качество эмоционального контакта в ситуации с высоким стрессом:	
	инициация контакта;	
	боль, обида и т.д.;	
	взрослый уделяет внимание другому ребенку;	
	требование взрослого;	
	уход взрослого;	
5.2	Эмоциональный контакт в оптимальных условиях:	
	богатство репертуара;	
	активность / реактивность;	
	глубина и продолжительность контакта;	
	глазной контакт	

	тактильный контакт;	
	голосовой (речевой) контакт;	
	координация контактов;	
	внимание к эмоциональной экспрессии;	
5.3	Разделенный интерес	
5.4	Социальная референция	
5.5	Общая характеристика качества привязанности:	
	взрослый как источник безопасности;	
	удовольствие от близкого контакта;	
	использование эмоционального заражения;	
	избирательность поведения привязанности;	
	тип привязанности	
5.6.	Отношения с другими детьми:	
	позиция по отношению к другим детям;	
	основные способы коммуникации;	
	развитость механизмов заражения и подражания;	
	эмпатия;	
	забота о младших;	
	избирательность	
5.7	Проявления привязанности к группе:	
	регуляция тревоги;	
	страх сепарации;	
	страх одиночества;	
	коллективные формы поведения	
6	Обобщение эмоционального опыта на символическом уровне	
6.1	Переходный объект	
6.2	Уровень развития речи и игры	
6.3	Использование внешней регулирующей речи	
6.4	Способность говорить о своем эмоц. опыте	
6.5	Способность символически представить свои желания в игре	

6.6	Эмоциональный опыт, проецируемый в игре, способы обращения с объектами, темы игры	
6.7	Качества взрослого, выбираемые для идентификации в игре	
6.8	Характер предпочитаемых объектов, отношение к мягкой игрушке	
6.9	Признаки искаженного внутреннего объекта	

Оценка качества адаптации ребенка в группе:

Интегральная карта оценки развития эмоциональной регуляции с 6 месяцев до 4-х лет

Ф.И. ребенка					
Период наблюдения					
Вариант развития					
Краткий анамнез					
Примечания					
ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ					
		6 мес.	9 мес.	1 год	Общая оценка
Уровень реактивности	Гиперсен- зитивность				
	Деадап- тивная реакция на нагрузку				
Поведенческие стереотипы	Нарушения сна				
	Трудности кормления				
Экспансия	Исследо- вательская активность				
	Коммуникати вная активность				
Базовые формы контакта	Нарушения глазного контакта				

Базовые формы контакта	Нарушения тактильного контакта							
	Нарушения голосового контакта							
	Координация контактов							
	Эмоцио- нальная экспрессия							
	Внимание к экспрессии взрослого							
Символи- ческая функция	Предречевое развитие							
	Лепет							
Общее								
Уровень развития саморегуляции								
Регуляция взрослым								
Количественные показатели развития с 15 месяцев до 4-х лет								
Параметры оценки эмоциональной регуляции		15 мес.	18 мес.	21 мес.	2 года	2,5 года	3 года	4 года
Избирательность в общении								
Разделенный интерес								
Регулирующая функция контакта со взрослым								

Уровень развития саморегуляции							
Влияние страхов на общую активность ребенка							
Качество исследовательской экспансии							
Склонность к истериоформным реакциям							
Интенсивность и количество аутостимуляции							
Уровень речевого развития							
Игра							
Соотношение избегающих и активных способов адаптации							
Общие особенности поведения и эмоциональной регуляции							
Тип и сила декомпенсаций, отмечавшихся в период, соответствующий кризису 1 года							
Отмечались ли явления гиперактивности							
Поведенческие проблемы (неврозоподобные реакции, негативизм, конфликтность, агрессивность)							
Склонность к кратковременным регрессам, общая устойчивость поведения							
Сила адаптационных реакций							

Признаки искажения эмоционального опыта				
Возраст		2 года	3 года	4 года
Особенности переходных объектов	Переходные объекты отсутствуют			
	Редкое использование			
	Удовлетворительное использование			
	Искаженный переходный объект			
Особенности игры	Не проявляет позитивных чувств по отношению к мягкой игрушке			
	Проявляет в игре интенсивную амбивалентность по отношению к объектам			
	Преимущественно агрессивный характер игры			
Проявления искажения эмоционального опыта	Повышенный интерес ко всему сломанному в быту			
	Темы сломанного в игре и при рассматривании картинок САТ			

Показатели протекания кризиса 3-х лет			
Возраст		3 года	4 года
Нарушения в развитии предпосылок кризиса 3-х лет			
Нарушения развития личностной идентификации	Искажение в использовании местоимения «Я»		
	Трудности узнавания себя в зеркале и на фотографии		
	Нарушения дифференциации категорий «мое» — «чужое»		
	Нарушение интеграции представлений о себе во времени		
	Недостаточность половой идентификации		
	Суммарный балл		
Нарушения развития личной автономии	Недостаточность позиции «Я сам», подчиняемость		
	Недостаток собственной инициативы, неумение себя занять		

Нарушения развития личной автономии	Страх одиночества		
	Опора на группу для регуляции страхов		
	Суммарный балл		
Общий суммарный балл			
Компенсаторные образования, возникающие в период кризиса 3-х лет			
Расширение «Я» во внешнем плане			
Вынос регулирующей речи во внешний план			
Гипертрофированное использование в игре механизма идентификации с агрессором и магического всемогущества			
Гипертрофированное стремление к доминантности в статусных отношениях			
Склонность к коллективному провокативному поведению			
Использование стереотипных форм активности для снижения тревоги			
Суммарный балл			

Примечания: