

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>

*На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 2000 книг по психологии.*

*Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.*

*Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)*

Сайт [www.MyWord.ru](http://www.MyWord.ru) является помещением библиотеки и, на основании Федерального закона Российской Федерации "Об авторском и смежных правах" (в ред. Федеральных законов от 19.07.1995 N 110-ФЗ, от 20.07.2004 N 72-ФЗ), копирование, сохранение на жестком диске или иной способ сохранения произведений размещенных в данной библиотеке, в архивированном виде, категорически запрещен.

Данный файл взят из открытых источников. Вы обязаны были получить разрешение на скачивание данного файла у правообладателей данного файла или их представителей. И, если вы не сделали этого, Вы несете всю ответственность, согласно действующему законодательству РФ. Администрация сайта не несет никакой ответственности за Ваши действия./

ANNA FREUD

WEGE UND IRRWEGE IN DER  
KINDERENTWICKLUNG

GEMEINSCHAFTSVERLAG  
HANS HUBER BERN  
KLETT-COTTA STUTTGART

АННА ФРЕЙД

ПСИХОПАТОЛОГИИ  
ДЕТСТВА

МОСКВА  
NOTA BENE

**ББК88.8**

**Ф86**

Перевод с немецкого

*Я. Обухова*

**Фрейд Анна**

**Ф 86** Психопатологии детства / Пер. с нем. — М.:  
Издательский дом NOTA BENE, 2000. — 224 с.

ISBN 5-8188-0026-1

Анна Фрейд — основоположница детского психоанализа, дочь и последовательница Зигмунда Фрейда. В этой книге — главной работе А. Фрейд — обобщены результаты многолетних экспериментальных и теоретических исследований автора по проблемам внутреннего конфликта ребенка и теории линий развития.

Книга адресована специалистам в области детской психологии, воспитателям, социальным работникам и всем родителям.

---

ISBN 5-8188-0026-1

© Издательский дом NOTA BENE, 2000

## Анна Фрейд

### *Биографический очерк*

"Наиболее важное и значимое "СВЕРХ-Я" международного психоанализа" — так полушутя называли коллеги Анну Фрейд — основоположницу детского психоанализа, почитаемого доктора многих университетов Европы и Америки, дочь и последовательницу Зигмунда Фрейда.

Анна родилась 3 декабря 1895 г. в Вене. Она была младшим, шестым ребенком в семье приват-доцента Зигмунда Фрейда и его жены Марты Фрейд. Зигмунд очень надеялся, что родится мальчик, и уже выбрал ему имя — Вильгельм в честь своего друга Вильгельма Флисса, ученого, первым предложившего теорию бисексуальной природы человека, которую позднее З. Фрейд использовал в своих работах. Родилась девочка. И огорченный отец, отказавшись от намерения послать своему другу телеграмму — дорогое удовольствие по тем временам, — ограничился сообщением о прибавлении в своем семействе в одном из многочисленных писем.

Марте Фрейд было трудно справляться с домашним хозяйством и воспитанием шестерых детей, поэтому вскоре в дом Фрейдов переехала сестра Марты — Минна. Так у Анны появилась вторая мать, и с первого года жизни она оказалась в "коллективе" воспитателей.

Чтобы содержать большую семью, Зигмунду приходилось работать, как он говорил, "по восемнадцать часов в сутки". Дети общались с отцом в основном "во время каникул". Вот когда можно было вместе попутешествовать, сходить в лес за

грибами, поиграть! В обычное же время отец спускался "с высот своего "Олимпа" лишь в тех редких случаях, когда у детей случались какие-то неприятности.

Самой высокой наградой для маленькой Анны было одобрение отца. Ради этого стоило приносить жертвы, стараясь быть лучше и отодвигая "дурное в царство фантазии", как напишет она позже. Одним из любимых стихотворений Анны было "Гренадеры" Г. Гейне. В нем говорилось, что два солдата готовы принести себя в жертву Наполеону, обожаемому императору, отказавшись от семьи и детей. И когда он будет проезжать мимо, они восстанут к нему из могилы:

*То ОН над могилою едет!  
Знамена победно шумят...  
Тут выйдет к тебе, император,  
Из гроба твой верный солдат!*

Не тогда ли зародилась в душе Анны потребность самопожертвования?

Когда Анне исполнилось шесть лет, ее отдали в частную школу, а через два года перевели в обычную, народную. Позже Анна перешла в частный лицей "Cottaegge Lyzeum" и закончила его. Это давало ей право поступить в учебное заведение, готовящее педагогов, но было недостаточно для учебы в университете: для этого необходимо было закончить гимназию.

Перед шестнадцатилетней Анной встал вопрос: что делать дальше? Стать учительницей? Выйти замуж, как это сделала Софи, ее сестра, всеобщая любимица? Но как быть с учебой? Не хотелось отрываться и от интересного и притягательного мира отца. Анне было всего 13 лет, когда он впервые рассказал дочери о главном деле своей жизни — учении о психоанализе. Позднее она присутствовала на лекциях отца, на заседаниях Психоаналитического общества, а иногда даже во время приема пациентов. Как обойтись без всего этого? Совет Зигмунда Фрейда был прост: путешествовать! И Анна на пять месяцев уезжает в Италию.

Вернувшись, Анна все свое время отдает учебе. Получив педагогическое образование, она работает учительницей, а в 1917 г. начинает преподавать в лицее, где когда-то училась сама.

Жизнь Анны сложилась так, что она, единственная из детей, оставалась рядом с отцом на протяжении всей его жизни. Когда началась первая мировая война, братьев призвали в армию, а сестры к тому времени вышли замуж и разъехались. Потенциальным женихам и раньше не удавалось пробиться сквозь "панцирь" Анны, война же свела вероятность замужества к минимуму.

С 1918 г. А. Фрейд принимает участие во всех Международных психоаналитических конгрессах и заседаниях Венского психоаналитического общества. В 1920 г. она вступает в английское отделение "Психоаналитического издательства". Анну особенно интересуют проблемы фантазий и сновидений наяву, поэтому она переводит с английского книгу Ж. Вэрэндонка "Сны наяву".

С 1918 по 1921 год Анна углубленно изучает теорию психоанализа, правда, лишь в те часы, когда у отца было время заниматься с ней.

В 1922 г. Анна Фрейд провела свое первое психоаналитическое исследование пятнадцатилетней девочки, а затем выступила с докладом на тему: "Фантазия избиения во сне и наяву". Подобный доклад являлся одним из условий приема в Женское психоаналитическое общество, и А. Фрейд стала его членом.

1923 год был решающим в судьбе Анны: она начала собственную практику в качестве психоаналитика. В том же доме, где отец принимал взрослых пациентов, Анна устроила кабинет для детей.

В том же году Анна узнала, что отец болен раком. Этого никто не ожидал. Ей сообщили, что нужно забрать "господина профессора" из кабинета врача, куда Фрейд ушел, никому ничего не сказав, и где ему сделали операцию в связи с раком челюсти. Некоторые современники отмечали, что именно бла-

годаря постоянной заботе дочери Фрейд смог прожить после этого еще 16 лет, перенеся 31 операцию. Анна ухаживала за ним, сопровождала в поездках. Периодически она зачитывала его доклады на научных заседаниях, ездила вместе с ним на международные конгрессы, вела переговоры.

В 1926 г. Анна Фрейд стала секретарем, а через год — Генеральным секретарем Международного психоаналитического общества. Отец не мог присутствовать на заседаниях, и она принимала присужденные ему награды. Так, в 1930 г. она ездила во Франкфурт-на-Майне, чтобы получить почетную премию имени И.-В. Гёте.

Анна помогала тяжелобольному отцу буквально во всем. Она представляла З. Фрейда на похоронах его матери; взяла на себя его переписку и научную работу — сначала частично, а затем во все более полном объеме.

Зигмунд Фрейд считал психоанализ самостоятельным направлением в науке и относил его скорее к психологии, чем к медицине, не без оснований опасаясь, что он будет включен в курс медицины в качестве одного из разделов психотерапии.

Поначалу А. Фрейд испытывала немало трудностей. У нее не было медицинского образования, поэтому начать собственную психоаналитическую практику и добиться признания коллег было делом нелегким. Не было пациентов, и она начала работать с детьми друзей и знакомых.

Работа с детьми существенно отличалась от привычного взрослого психоанализа. Начать с того, что, в отличие от взрослых пациентов, которые осознавали необходимость лечения, родители нередко приводили ребенка вопреки его воле. Случалось, что дети не хотели разговаривать с Анной, прятались под стол, упрямылись. И здесь пригодился учительский опыт Анны. Она всегда умела расположить к себе детей. На помощь приходили сказки, интересные истории. Когда нужно было установить доверительные отношения с детьми, казалось, Анна становилась одним из них. Ей ничего не стоило разыграть сценку, показать фокус, даже залезть под стол. Но она никогда не забывала при этом о своей основной цели.

В 1925 г. в Вену приехала Дороти Бёрлингем-Тиффани — женщина с четырьмя детьми и без мужа, как отметил З. Фрейд (муж жил отдельно от семьи и позднее покончил с собой). Дороти была дочерью богатого американского фабриканта и изобретателя Тиффани, почитателя Зигмунда Фрейда. Как некогда тетя Минна для детей Фрейда, Анна стала второй матерью для детей Дороти, а затем и для детей своей сестры Софи, умершей за пять лет до этого. Анна обладала талантом в общении с детьми быть одновременно и взрослой, и таким же ребенком, как они.

Она играла с ними, рассказывала им сказки, водила в театр, путешествовала. Анна пригласила для занятий с детьми частных учителей — Питера Блоза и Эрика Эриксона (последний проходил у нее психоаналитическое исследование).

Сначала семья Бёрлингем жила отдельно, но в 1928 г. переехала в дом Зигмунда Фрейда. С тех пор они жили под одной крышей с Анной Фрейд до самой ее смерти в 1982 г.

Вокруг Анны Фрейд образовался круг ее соратниц (известный в истории психоанализа как "круг четырех дам"), в который, кроме самой Анны, вошли Дороти Бёрлингем, Жанна Лампл де Гру и Марианна Ри-Криз. Соратницы были женщинами, уже имевшими опыт семейной жизни, но мужа значили для них много меньше, чем занятия психоанализом. Они окружали Зигмунда Фрейда, ограждая его от посторонних. Доступ к "патриарху психоанализа" мог получить лишь тот, против кого не возражала Анна. Фрейд полностью доверял дочери.

В историю психоанализа вошли и другие женщины, которые приблизились к З. Фрейду еще до того, как Анна взяла на себя роль помощника, секретаря, медсестры и защитницы отца. Это касалось прежде всего "прекрасной Хелен" — Хелен Дейч, одной из основоположниц женской психологии. Она была старше Анны на 11 лет, изучала медицину, а также психоанализ у Фрейда. В 1924 г. Х. Дейч возглавила только что созданный Венский психоаналитический институт. Анна Фрейд стала секретарем этого института. Она читала в нем лекции по детскому психоанализу для воспитателей и педагогов.

В 1927 г. вышла первая книга А. Фрейд "Введение в технику детского психоанализа", включавшая четыре лекции, прочитанные ею в Венском психоаналитическом институте.

Несколько ранее А. Фрейд вступила в полемику, которая затянулась на многие годы, с Мелани Клайн, известной своими исследованиями особенностей развития ребенка. А. Фрейд протестовала против "прямого перевода" проявлений детской психической жизни на язык взрослого психоанализа, имевшего место в работах М. Клайн. З. Фрейд считал труды Клайн карикатурой на психоанализ. Он указывал на примитивизм таких выводов Клайн, когда она столкновение двух повозок при игре интерпретировала как "символические половые сношения родителей", а если ребенок опрокинул игрушку, уверяла, что это проявление "агрессивного действия, направленного против отца".

А. Фрейд считала, что психическая жизнь ребенка подчиняется иным, чем у взрослых, законам. Поэтому, говорила она, нельзя прямолинейно переносить на детей то, что наблюдается у взрослых.

В 1926 г. М. Клайн переехала из Берлина в Лондон и неожиданно обрела там много сторонников. Психоаналитическому движению грозил раскол. Чтобы как-то сгладить усиливающееся напряжение между английскими и немецкими психоаналитиками, которое очень беспокоило З. Фрейда, А. Фрейд в 1927 г. отправилась в Лондон для участия в симпозиуме, посвященном детскому психоанализу.

В 1930 г. вышла новая книга А. Фрейд "Введение в психоанализ для педагогов". Работа над этой книгой дает представление о том, как создавала свои труды А. Фрейд. Сначала она излагала свои мысли в форме лекций, убедительно аргументируя доводы, а затем на основе лекций писала книгу.

Тридцатые годы принесли А. Фрейд немало трудностей. В 1931 г. возникли финансовые проблемы в "Психоаналитическом издательстве", основанном еще в начале 20-х годов. Благодаря усилиям А. Фрейд издательство удалось спасти от гибели. В том же году А. Фрейд стала секретарем Венского

психоаналитического общества. Приближался юбилей — 80-летие Зигмунда Фрейда. Анна подготовила отцу подарок, которым он очень гордился. В 1936 г. ко дню рождения З. Фрейда вышел его главный труд "Психология "я" и защитные механизмы". В этой книге Фрейд выступил против широко распространенного мнения, что объект психоанализа — исключительно сфера бессознательного. После выхода книги З. Фрейда таким объектом стали признавать развитие "я" как центра сознания.

Еще одним важным событием того времени стало создание яслей "Jackson Nurseries", где за детьми наблюдали психоаналитики. Средства на содержание яслей предоставила доктор Эдит Джексон.

Когда в 1933 г. к власти в Германии пришел Гитлер и в числе первых в огонь полетели психоаналитические издания, запрещенные как "еврейский вымысел", З. Фрейд пошутил: "Цивилизация движется вперед: в Средние века на костре сожгли бы меня, а сегодня они сжигают только мои книги". Он не мог даже предположить, что через несколько лет в крематории концентрационного лагеря погибнут все его сестры.

Чувствуя приближение опасности, многие, в том числе и ученые, покидали Австрию. К 1938 г. из 120 психоаналитиков в Вене осталось 4. Старому Зигмунду Фрейду трудно было решиться на переезд, на то, чтобы начать новую жизнь в чужой стране. Он был уверен, что не только слишком стар и болен, но и слишком известен, чтобы его стали преследовать. Лишь когда беда пришла непосредственно в его дом, Фрейд принял решение об эмиграции.

11 марта 1938 г. гитлеровские войска вошли в Вену, а 22-го Анну Фрейд вызвали на допрос в гестапо. На случай, если будут пытаться, она взяла с собой яд. Это был самый страшный день в ее жизни. Позже, много путешествуя по миру, она никогда больше не приезжала в Германию. А когда через много лет, в 1971 г. согласилась приехать на 27-й Международный психоаналитический конгресс в Вену, то прочитала свой док-

лад на английском языке. В те же дни вместе с многочисленными туристами Анна посетила дом-музей Зигмунда Фрейда, дом, где когда-то жила. В эмиграции до самой своей кончины Анна говорила только по-английски, даже со старыми знакомыми, с кем объяснялась когда-то на родном немецком.

Нацисты не спешили выпустить из страны всемирно известного ученого, и лишь вмешательством влиятельных друзей — французской принцессы Марии Бонапарт, послов США в Австрии и во Франции — удалось вызволить семью З. Фрейда. В гестапо с Зигмунда взяли слово, что он расскажет всем, что с ним обращались хорошо. З. Фрейд пошутил тогда в свойственной ему саркастической манере: "Я даже могу всем очень рекомендовать гестапо".

4 июня 1938 г. З. Фрейд с женой и дочерью выехали из Вены в Париж, а оттуда отправились в Англию. В этой стране отцу психоанализа довелось прожить остаток жизни. Члены Британского психоаналитического общества находились под сильным влиянием идей М. Клайн, а ее отношения с Зигмундом и Анной оставляли желать лучшего. Это отчасти объясняет то обстоятельство, что английские аналитики не устроили особых торжеств в связи с приездом З. Фрейда и его семьи. Тем не менее они оказали эмигрантам действенную помощь и поддержку.

Семья Фрейдов привезла с собой в Лондон из Вены книги, мебель и коллекцию антиквариата. Зигмунду так нравились новый дом и сад, что, как он шутил, ему хотелось крикнуть "Хайль Гитлер!" за то, что он все это получил.

З. Фрейд прожил в Лондоне год. Он умер 23 сентября 1939 г., в начале второй мировой войны, тогда уже была оккупирована Польша. Измученный болями, Фрейд просил врача и дочь облегчить его страдания, помочь "уйти достойно". Но Анна не смогла решиться.

После смерти отца Анна начала работу над своеобразным памятником ему — изданием собрания его сочинений. В 1942—1945 гг. оно вышло на немецком языке в Англии — стране, находящейся в состоянии войны с Германией.

Первое время после приезда в Лондон Анна не могла получить право на работу в Англии. Когда началась война, она занялась организацией помощи английским детям — жертвам бомбардировок Лондона. Это была ее личная борьба с Гитлером. Привлекая помощников, преимущественно эмигрантов, Анна организовывала помощь пострадавшим детям, вела переговоры и изыскивала средства, привлекая различные фонды, фирмы и частных лиц. Позже А. Фрейд опубликует их имена на первых страницах своих произведений.

В 1939 г. Анна открыла для детей-сирот, жертв войны приют-ясли "Hampstead War Nurseries". За шесть лет войны в нем обрели дом более 80 детишек в возрасте до 6 лет. Наблюдая за воспитанниками приюта, Анна изучала влияние на психику ребенка его разлуки с матерью; реакцию детей разного возраста на жизнь в коллективе, когда отношения со старшими товарищами заменяют отношения с родителями; особенности развития эдипова комплекса при отсутствии эдипальных объектов, особенно отца. Результаты этих исследований публиковались в "Ежемесячных отчетах" и нередко были захватывающе интересны (один из читателей признался, что "глочет их, как детективы").

А. Фрейд разрабатывала новые для того времени подходы к кормлению и пеленанию грудных детей. В своих работах она показала, что отрыв ребенка от родителей в раннем возрасте может иметь очень серьезные последствия для его психического развития. Все новшества, предлагаемые А. Фрейд, были результатом ее повседневной работы. Она сама купала, пеленала, кормила детей, играла с ними. Кроме того, Анна читала лекции сотрудникам приюта. В эти годы были опубликованы работы "Дети в военное время" (1942) и "Дети без семьи" (1943), написанные ею совместно с Д. Бёрлингам.

Многолетнее напряжение подорвало силы А. Фрейд. Заболев в конце 1945 г. вирусным воспалением легких, она почти на 10 месяцев оказалась оторванной от привычной работы. В этот период она переводила на немецкий язык книги, написанные ею ранее совместно с Д. Бёрлингам по-английски.

В 1943 г. вновь обострились научные споры А. Фрейд с М. Клайн. И опять появилась реальная угроза раскола психоаналитиков на "клайнианцев" и "фрейдианцев". Однако, несмотря на эти разногласия и влияние М. Клайн, с 1944 по 1949 г. Анну Фрейд избирали Генеральным секретарем Международной психоаналитической ассоциации.

Особой заботой Анны было научное наследие Зигмунда Фрейда, исключительными правами на которое она обладала. Современники шутили, что каждый, кто что-то пишет о Фрейде, чувствует, как Анна заглядывает в текст через плечо.

После окончания войны Англия приняла под свою опеку тысячу сирот, спасенных из концентрационных лагерей. А. Фрейд включилась в работу по их психоаналитическому обследованию и созданию специальных методов помощи.

В 1947 г. по инициативе Анны Фрейд и при ее активном участии в Хэмпстеде были открыты курсы по подготовке психоаналитиков. За год было подготовлено 408 специалистов. На основе этих курсов позже был создан частный институт, ставший сегодня ведущим в Европе психоаналитическим центром, где готовят специалистов в области детского психоанализа. Институт существует в основном на пожертвования. В 1952 г. А. Фрейд стала директором клиники детской терапии в Хэмпстеде.

В 1950 г. А. Фрейд впервые посетила США. Она читала лекции в г. Вустере, в университете Кларка, где 40 лет назад восторженно принимали ее отца. Американцы (эти "полезные деньгодаватели", как шутливо называл их З. Фрейд) проявили большой интерес к деятельности Анны Фрейд. Ей была присвоена степень почетного доктора.

За 18 дней своего американского "марафона" А. Фрейд повидала многих старых друзей по Вене: Э. Эриксона, Х. Хартмана, Х. Дейч и др. В университете Кларка А. Фрейд назвала центральной темой своих работ проблемы развития ребенка.

После возвращения в Лондон А. Фрейд продолжала свою обычную работу в институте: лекции, семинары, учебный анализ, коллоквиумы, решение организационных вопросов. По

заведенной еще З. Фрейдом традиции каждую среду педагогов, учащихся и друзей приглашали прослушать доклады и принять участие в дискуссиях. По вторникам проводился разбор диагнозов. Параллельно А. Фрейд продолжала работу над творческим наследием и биографией З. Фрейда. До 1982 г. она вела прием пациентов. К ней обращались многие знаменитости (в их числе — Мэрилин Монро, которой она поставила диагноз: истерический и депрессивный склад личности).

После 1950 г. А. Фрейд еще 12 раз побывала с лекциями в США. Она стала почетным доктором университетов и медицинских колледжей в Филадельфии (1964), Чикаго (1966), Нью-Хейвене (1968), в Колумбийском (1978) и Гарвардском (1980) университетах. Европейские столицы она посещала, когда там проходили международные конгрессы. А. Фрейд стала почетным доктором Шеффилдского университета в Англии (1966), медицинского факультета Венского университета (1972), Университета им И.В. Гёте во Франкфурте-на-Майне (1891).

Когда Анне исполнилось 60, она несколько ограничила свою профессиональную деятельность и перестала вести семинары в Британском психоаналитическом объединении.

Книга, которую вы сейчас прочтете, — главный труд А. Фрейда, в котором обобщены результаты многолетних экспериментальных и теоретических исследований автора (впервые она увидела свет в 1965 г.). Главным достижением этой книги стала разработка теории линий развития.

В 1973 г. А. Фрейд была избрана почетным президентом Международной психоаналитической ассоциации. Но для интенсивной работы сил уже не хватало: Анна была серьезно больна. Однако она упорно продолжала работать. Ее девизом стали слова Ф. Ницше: "То, что меня не ломает, делает меня сильнее".

1 марта 1982 г. у А. Фрейда случился инсульт, ее парализовало, нарушилась речь, был поражен вестибулярный аппарат. Но даже в больнице она пыталась работать над книгой о семейном праве.

Анна Фрейд умерла 8 октября 1982 г. в Лондоне.

За 60 лет психоаналитической практики и научной деятельности она прочитала 88 докладов и лекций, опубликовала более 90 статей, 32 из которых вошли в ее десяти томное собрание сочинений.

*Я. Обухов*

# ГЛАВА 1

## ДЕТСТВО С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПСИХОАНАЛИЗА

### РЕКОНСТРУКЦИИ ИЗ АНАЛИЗА ВЗРОСЛЫХ И ИХ ПРИМЕНЕНИЕ

Наблюдения за больными, страдающими истерией, показывают, что их мучают прежде всего детские воспоминания (18, с. 1 — 17, сн. 3). Понимание этого факта положило начало психоаналитическому учению, а затем направляло психоаналитические исследования. Когда стало ясно, что психоанализ ничего не может прояснить без объяснения психических процессов, происходивших в раннем детстве, аналитическая терапия переключилась с настоящего пациентов на их прошлое, с проблем взрослого человека на проблемы первых лет жизни. И очень многие ожидали, что разобраться в процессе душевного созревания, взаимодействии внутренних и внешних влияний при формировании личности будет не столь сложно. На базе психоаналитического учения о неврозах возникло учение об инфантильной сексуальности, а затем построенные на его основе, едва намечающиеся очертания психоаналитической психологии и психопатологии детства.

В начале развития психоаналитического учения эта теория была далека от практического использования. В то время перед теми, кто занимался психоанализом, стояли совсем другие проблемы. В технике терапии было важно закрепить переход от лечения гипнозом и внушением к методу свободной ассоциации и толкованию сопротивления и переноса. В научной работе было важно систематизировать новый материал. Все без исключения результаты психоаналитических исследований взрослых пациентов указывали на последовательность либидозных фаз развития (оральная, анальная, фаллическая), на

детали эдипова и кастрационного комплексов, на закономерность амнезии по отношению к событиям раннего детства. В центре аналитических интересов стояла не непосредственная работа с детьми, а сведения о детских переживаниях, которые выявлялись в процессе психоаналитических исследований взрослых больных. Заполнение пробелов в памяти при помощи метода реконструкции, что позволяло обнаруживать все новые подробности процесса развития ребенка, было тогда предметом особой гордости аналитиков.

После первых двух десятилетий аналитической работы настала эра применения знаний, полученных при анализе взрослых, в практической педагогике. Результаты аналитических исследований взрослых невротиков показали, сколько серьезных ошибок в воспитании сопровождало их детство. Стало ясно, что они играют важную роль в образовании невротиков. Неискренность родителей в сексуальных вопросах, нереально высокие моральные требования, чрезмерная строгость или чрезмерная снисходительность, ненужные запреты, наказания, ранние совращения — вот примерный список воздействий патогенного характера, которым ребенок нередко подвергается со стороны невежественных, некомпетентных взрослых. Избавить от этого следующие поколения детей путем просвещения родителей и изменения условий воспитания — то есть того, что с надеждой в сердце мы называли психоаналитической педагогией и что должно было предупреждать появление невротиков, — вовсе не казалось непосильной задачей.

На практике подобную задачу легче поставить, чем выполнить. Родители, учителя и воспитатели ожидали от психоанализа законченной системы правил и предписаний. Аналитики же могли предложить лишь напоминания, предостережения, в лучшем случае советы. Теперь, по прошествии уже более чем сорока лет, этот период видится сплошной чередой ошибок и неудач. Многое в экспериментальных данных было неточным, и мы не всегда замечали это. На том уровне знаний мы не имели еще полного представления о сложном переплетении инстинктов, аффектов, объектных отношений, "я"-аппаратов,

"я"-функций и механизмов защиты, интернализаций и идеалов, взаимопроникновения и взаимовлияния "оно" и "я" и, как следствие, о страхах, компромиссных образованиях и нарушениях склада личности. Каждое такое открытие показывало нам новую перспективу предотвращения неврозов. Педагогический же мир был разочарован, т. к. увидел, что новое психоаналитическое учение о воспитании не более совершенно, чем лежащая в его основе теория, — оно оказалось неполным, несистематическим, постоянно менялось.

Шаг за шагом открытия в области психоанализа переносились в педагогическую практику, облекались в конкретные предписания, на основании которых строилась работа. Результаты аналитических исследований давали убедительные доказательства травматического влияния так называемых "пра-присшествий", когда дети наблюдали половой акт родителей или, ночуя в родительской кровати, испытывали сексуальное возбуждение, из чего следовал вывод: родителям необходимо скрывать от детей свою сексуальную жизнь и не укладывать детей, даже самых маленьких, в свою постель. Когда результаты анализа взрослых пациентов доказали, что многие задержки интеллектуального развития являются следствием неудовлетворенного сексуального любопытства в детстве, мы начали рекомендовать большую откровенность с детьми в этом вопросе. Когда стало ясно, что симптомы истерии, фригидность и импотенция восходят к запретам и наказаниям за мастурбацию в детстве, была разработана система терпимого отношения к проявлениям ранней прегенитальной сексуальности. Когда теория инстинктов доказала, что агрессивность является одной из основных, базовых сил, мы настоятельно советовали терпимо относиться к проявлениям враждебности в раннем возрасте вплоть до желания смерти родителям, братьям и сестрам. Когда пришло понимание, что страхи играют решающую роль в формировании симптомов, все усилия были направлены на то, чтобы уменьшить страх детей перед родительским авторитетом. Когда чувство вины соотнесли с напряжением противоположных внутренних влияний, запретили

любые педагогические меры, ведущие к ужесточению "сверх-я". Когда новое понимание структуры личности возложило бремя ответственности за внутреннее равновесие на "я", за этим последовало стремление воспитывать в ребенке достаточные силы "я", способные сопротивляться давлению внутренних сил. И, наконец, уже в наше время, когда внимание специалистов сосредоточилось на событиях первого года жизни и выявило их огромное значение, были выработаны новые, во многом революционные рекомендации по уходу за детьми в этот период.

В силу того, что знание и опыт скапливались по крупицам, психоаналитическая теория воспитания долго оставалась несистематизированной. Более того, советы по профилактике неврозов то и дело менялись в связи с меняющимися представлениями о причине неврозов, а также в связи с успехами аналитической науки в проникновении во все более глубокие и ранние слои личности. Предписания обращать главное внимание на предоставление свободы влечениям то сменялись требованиями всемерно укреплять "я", то вновь возвращались к освобождению либидных отношений. И только самые последние достижения, кажется, приблизили решение проблемы.

Многие советы, даваемые родителям за эти годы, дополняли имеющиеся знания, но многие входили в противоречие, а то и прямо опровергали друг друга. А некоторые приносили совершенно неожиданный положительный результат. Так, бесспорной заслугой аналитической теории воспитания можно считать большую откровенность в вопросах пола между детьми и родителями. Другой победой стало открытие, что детско-го упрямства можно легко избежать, если по-другому преодолеть некоторые проблемы анальной фазы, то есть приучать ребенка к горшку позже и менее требовательно. Также можно избежать и распространенных неприятностей с приемом пищи, если грудное вскармливание и отнятие от груди проводить в соответствии с потребностями ребенка на оральной стадии. И, наконец, сложностей с отходом ко сну (т.е. невозможность заснуть) становятся гораздо меньше, если не вести борьбу с ма-

стурбацией, сосанием пальца и прочими аутоэротическими действиями.

Однако у этих достижений есть и обратная сторона. Сексуальное просвещение детей, например, иной раз приводит к неожиданным последствиям. Информация о реальных фактах сексуальной жизни взрослых входит в противоречие с инфантильностью сексуальной конституции. В результате дети переводят на язык своей прегенитальной сексуальной теории даже тщательные разъяснения взрослых о том, как появляются на свет младенцы. Дети думают, что зачатие происходит через рот, а рождение — через задний проход; половой акт они воспринимают как агрессивные действия в отношении женщины и т. д. Таким образом, дети упорствуют в заблуждениях, которые закрепляются в процессе развития и исчезают лишь в период более позднего созревания. Последствия мастурбационной свободы оказываются также не только такими, какие ожидались. Новый подход к этой проблеме имел целью снижение у ребенка мучительного чувства вины. В итоге образовался неожиданный дефицит морального развития, в формировании которого значительную роль играла борьба за отучение от онанизма как ранний внутренний конфликт между "я" и влечениями. Еще безнадежнее обстояло дело с освобождением детей от страхов. Опыт показал, что там, где пропадает страх перед строгостью родителей, усиливается страх перед угрызениями совести; там, где смягчается строгость "сверх-я", у детей, как правило, возникает страх перед силой собственных влечений, ощущение беспомощности перед ними.

В итоге перед психоаналитической педагогикой стоит та же цель, которая была поставлена с самого начала. Дети, выросшие в новых условиях, должны были в некоторых отношениях отличаться от прежних поколений. Но они оказались не свободнее от страхов и конфликтов, они не менее подвержены неврозам и другим психическим нарушениям. И ошибка заключается не в том, что воспитательное воздействие было отвергнуто, а в неправильных ожиданиях. Строгое аналитическое мышление должно подготовить нас к тому, что поиски однозначной

"причины невроза" так же беспочвенны, как и надежды на профилактику неврозов, базирующуюся лишь на воспитательных методах. Психоаналитический опыт показывает, что неврозы — это цена, которую человечество платит за культурное развитие. Каждая из психических инстанций — "оно", "я" и "сверх-я" — имеет собственное назначение, и потому к ним следует применять различные методы работы. То, что они находятся в противоречии друг с другом, естественно и неизбежно, как и последствия, которые облекаются индивидом в форму внутренних конфликтов. Свобода от конфликтов, цельность и однородность личности являются, таким образом, невыполнимыми идеалами человеческой культуры. Максимум, чего можно добиться разумным воспитанием, — это помочь конкретному ребенку избежать внутреннего конфликта, то есть сохранить психическое здоровье. Если же внутренние противоречия слишком велики, патологические компромиссные образования между влечениями "я" и "сверх-я" остаются, никакие внешние воздействия не помогут.

## **ПЕРВЫЕ ШАГИ ДЕТСКОГО ПСИХОАНАЛИЗА**

Когда усилия по предотвращению неврозов воспитательными средствами исчерпали себя, возник новый эффективный инструмент — детский психоанализ, т. е. использование аналитической техники и терапии в борьбе с ранними конфликтами во время их возникновения.

Следующим шагом стало создание детской психоаналитической службы. С этого момента отсчитывается накопление материала из второго важнейшего источника, и он начинает дополнять первый, то есть реконструированные данные, полученные в процесса анализа взрослых. Для аналитиков стало важной теоретической задачей сравнение экспериментальных данных того и другого вида. Начали появляться и взаимно корригироваться выводы результатов психоанализа взрослых и детей старшего и младшего возраста.

Постепенно появилась осведомленность в вопросах детства, основанная на достижениях психоанализа, что, собственно, и ожидалось обществом с возникновением данной науки. Детский анализ объяснял "взаимодействие между окружением ребенка и развитием его способностей", открывал глаза на "важность интимных подробностей детской жизни"; сформулировал правильный подход к "реальным каждодневным переживаниям и фантазиям детей": "При детском психоанализе наблюдателю, как никогда прежде, становятся понятны дневные фантазии и ночные страхи, игры и творчество детей, а также то, что лежит в основе всех этих проявлений" (см.: 82, 24-46; 83, 9-17). *Все* это стало возможным потому, что при раннем анализе сознанию пациента, а значит, и наблюдениям аналитика еще доступны инфантильные комплексы и их патологические последствия, поскольку в этот период еще не набрали силу инфантильная амнезия и покровные воспоминания.

Детские аналитики, которые годами прослеживали раннее развитие, приходили к выводам, которые не всегда совпадали с выводами, извлеченными из результатов психоанализа взрослых. В этом плане детский психоанализ добился большего, чем ожидаемое от него подтверждение реконструированных данных. Стало ясно, что психоанализ детей способствует как развитию теории, так и решению проблемы там, где методы реконструкции оставляют вопросы открытыми, т. е. предлагают "выбор между альтернативными гипотезами" (Цит. по: 82). Он выдвигает в центр внимания данные, которыми ранее пренебрегали; он корригирует перспективы. И, как я в дальнейшем попытаюсь показать, он может внести некоторый вклад также и в теорию психоаналитической терапии и психоаналитическую метапсихологию.

## НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕБЕНКОМ НА СЛУЖБЕ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ДЕТСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Ханс Хартман, первый из теоретиков психоанализа, пришел к выводу, что для психоаналитической психологии в целом и для психоаналитической детской психологии в особенности не нужно "ограничиваться данными, полученными психоаналитическими методами" (69). В практическом анализе эта точка зрения была принята уже давно. Уже после появления работы З. Фрейда "Три очерка теории сексуальности" (47) многие аналитики стали наблюдать собственных детей и находить подтверждение существования у них инфантильной сексуальности, эдипова и кастрационного комплексов. В 20-е и 30-е годы на педагогическом факультете Венского психоаналитического института будущие воспитательницы детских садов и учителя получали соответствующие знания. Айхорн, Бернфельд и их ученики публиковали материалы о наблюдениях за подростками, вступившими в пубертатный возраст, беспризорными детьми, малолетними преступниками. Во время второй мировой войны и после ее окончания подобные наблюдения велись в специализированных учреждениях по проектам, где в центр внимания ставилось наблюдение за младенцами, маленькими детьми и подростками.

Исследования велись в разных странах, их результаты публиковались на разных языках, и потому многие аналитики достаточно долго недооценивали роль проявляющегося поведения, сосредоточив свое внимание на глубинных процессах, т. е. бессознательных вытеснениях. В течение десятилетий велись споры о том, насколько вообще важно непосредственное наблюдение для аналитической теории. И лишь постепенно приходило понимание его исключительного значения. И тем, что в конце концов такое понимание пришло, мы обязаны работам Рене Спитца, Джона Боулби, Маргарет Риббл, Маргарет Малер, Солли Провенц и др., а также Эрнсту Кризу и Хайнцу Хартману, теоретически обосновавшим важность подобных исследований.

В целом история отношений между наблюдением внутри и вне анализа поучительна и изменчива. Она заслуживает того, чтобы рассмотреть их в исторической последовательности.

### *Сосредоточение детского психоанализа на глубинных процессах*

Еще при первых шагах психоанализа, задолго до появления детского психоанализа, среди аналитиков укоренилось стойкое негативное отношение к внешним наблюдениям. Законными считались лишь два направления: выработка аналитической техники и с ее помощью дальнейшее продвижение в область бессознательного, т. е. в направлении, обратном поверхности сознания. Особое внимание обращали на различия между поверхностью и глубиной, т.е. между поведением и скрытыми импульсами, а не на то, что первое прямо следует из второго. То, что мотивы скрыты за сознанием, т. е. могут быть бессознательными, было новым понятием, заслуживающим детального рассмотрения. Люди, далекие от психоаналитического учения, не могли поверить в существование сферы бессознательного, недоступного для сознания, или серьезно отнестись к тому, что на них влияют силы, о которых ничего не говорит их самонаблюдение. Сегодня, когда многие аналитические аксиомы получили всеобщее признание, трудно представить себе господствовавшее тогда отношение публики к анализу и аналитикам. Одни наделяли каждого, кто занимался психоанализом, сверхъестественной способностью угадывать с первого взгляда все тайны пациента; а то, что аналитические методы дают эффект лишь постепенно, при строго определенных условиях, игнорировалось как не имеющий значения факт. Другие — среди них и известные психиатры — не делали никакого различия между сознательным и бессознательным. Имевший место инцест психопатического отца с собственной дочерью толковался ими как вытеснение эдипова комплекса. Во время широко известного судебного процесса того времени (дело Хальсмана. — см.: 60) судья даже ссылаясь на присущее сыновьям стремление к смерти отца, не принимая в расчет

различия между латентными и манифестными, вытесненными, сдерживаемыми и допущенными к действию побуждениями. Академическая психология не уставала предпринимать попытки найти при помощи анкетирования доказательства или опровержения существования эдипова комплекса, т.е. любым способом проникнуть за границы бессознательного и обнаружить в сознательной памяти взрослого вытесненные остатки его инфантильных любовных порывов.

Нередко даже молодые специалисты-аналитики путали содержание бессознательного и его сознательную производную. В институтах, например, долгое время было очень трудно убедить студентов-психоаналитиков, что существуют различия между манифестным и латентным содержанием снов, и удерживать их от использования для отдельного толкования сознательного текста сновидений. Не реже встречалось чрезмерное рвение, побуждавшее даже опытных практиков судить по малейшим внешним признакам о бессознательных комплексах, инцестных или мазохистических фантазиях, страхах кастрации или разрушительных желаниях смерти, не учитывая свободные ассоциации и не рассматривая конкретную жизнь пациентов. Толкования такого рода, проводившиеся на основе недостаточного материала, при тогдашнем уровне знаний могли привести лишь к ошибочным выводам и еще более принизить авторитет психоанализа. Поэтому не случайно, что каждый серьезный аналитик взял себе за правило отказаться от преувеличенной оценки внешних проявлений, продвигаться к пониманию вытесненного бессознательного только постепенно, соблюдая все правила толкования, т. е. строго в пределах конкретной рабочей методики.

### *Производные бессознательного как материал наблюдений*

Даже рьяные сторонники глубинной психологии не могли не согласиться с тем, что сам анализ оказывает на пациента не меньшее влияние, чем производные бессознательного. Это достигается благодаря запрету на внешние действия для пациента, снижению активности или прекращению его критичес-

кой функции, использованию личности аналитика как объекта переноса, исключению действия, а следовательно, и поступка. Однако очевидно, что эти производные достаточно часто проявляют себя в повседневной жизни людей и заслуживают самого серьезного рассмотрения. Прорывами из бессознательного у взрослых являются известные типичные неловкие действия, в которых всплывает их скрытая причина; типичные сновидения и символы сновидений. В детстве это неискаженные мечтания, которые легко можно понять; сознательные дневные фантазии, которые содержат лишь минимальные искажения либидных побуждений. Примером последних служат героические и "спасательные" фантазии мальчиков на вершине развития позитивного эдипова комплекса; "семейный роман" и "фантазии близнецов"\*, свойственные латентному периоду, в котором становится очевидным разочарование в родителях; фантазии избиения, наличие которых указывает на фиксацию на садомазохистской, то есть анальной, стадии инфантильной сексуальности.

Не все аналитики понимают ценность этих спонтанных проявлений, и тем более не все основывают на них свою работу с пациентами. Другие же, напротив, склонны обращать внимание только на них и делать на их основе общие заключения. А иные идут дальше, чем дозволено аналитику, соблазняются скороспелыми выводами, сокращая путь в бессознательное, и в конце концов отказываются от совместной работы с пациентом, тем самым уходя от толкования сопротивления и переноса. За такое поведение их прозвали "дикими" аналитиками. Однако их умение угадывать, весьма опасное при лечении, необходимо аналитику-наблюдателю, который тем самым получает возможность наполнять различные виды поверхностных проявлений значимым аналитическим содержанием.

\* "Семейным романом" принято называть фантазии ребенка о том, что его в детстве подменили, что его настоящие родители совсем другие, т. е. фантазии, повторяющие расхожий мелодраматический сюжет. — *Прим. ред.*

Следующий шаг в понимании значения поверхностных процессов связан с началами психоаналитической эго-психологии. Внимание аналитика равномерно распределяется между содержанием бессознательного и его производных, т. е. инстинктивных побуждений, желаний, фантазий и представлений, и методами, которые использует "я", чтобы оградить от них сознание. Если даже сами защитные механизмы автоматизированы, т. е. действуют сами по себе, без вмешательства сознания, все равно их результаты проявляются и, как таковые, сами по себе могут стать предметом наблюдения.

Впрочем, существует один защитный механизм, к которому приведенное выше утверждение не относится ни в коей мере, притом самый важный. Это вытеснение. Где удастся вытеснение, на поверхности сознания нельзя увидеть ничего, кроме пробела, т. е. отсутствия побуждений или представлений, которые, согласно нашему ожиданию, должны существовать. Например, в том случае, когда родители считают свою маленькую девочку "славной, нежной, послушной, скромной", аналитика тревожит отсутствие присущих этому возрасту проявлений агрессии, жадности, упрямства и т. д. Там, где родители убеждены, что старший ребенок любит всех младших братьев и сестер, аналитик ищет вытесненную зависть и ревность. В случае, когда ребенок не проявляет любопытства к сексуальной сфере и не желает знать, откуда берутся дети, в чем состоят половые различия и сексуальные взаимоотношения родителей, мы видим действие защитных процессов, которые подавили сознательные проявления нормального сексуального любопытства.

Другие защитные механизмы "я" облегчают работу аналитического наблюдателя. Например, реактивные образования без труда переводятся в противоположные им, вытесненные "оно"-содержания. Маленький мальчик, впадающий в состояние страха всякий раз, когда родители вечером или при плохой погоде уходят из дома, выдает тем самым свое вытесненное желание их смерти; то же самое справедливо для ребенка, который при-

слушивается ночью к дыханию спящего брата или сестры, чтобы убедиться, что он жив. Стыд, отвращение и жалость, как мы знаем, являются результатами длительной защитной борьбы против неприличных желаний и жестокости — в случае, когда в поведении преобладают эти чувства, легко прийти к выводу о силе отвергнутых побуждений. Сублимации также без труда можно перевести в примитивные импульсы, от которых они произошли, как и Проекции, которые у маленьких детей свидетельствуют о защите от множества нежелательных для них побуждений.

Опыт работы психоаналитика с пациентами ведет от понимания отдельных механизмов к осознанию их комбинаций в типах характера и личности, которые становятся видимыми и доступными прямому наблюдению даже вне анализа. Таково описание в аналитической литературе навязчивого характера, специфические свойства и склонности которого — аккуратность, опрятность, экономность, нерешительность, накопительство и т. д., возникают из вытесненных побуждений анальной стадии. Не следует думать, что какой-либо последующий опыт будет иметь столь же важное значение для формирования того, что мы наблюдаем во внешних проявлениях. Здесь мы разделяем высказанное З. Фрейдом предположение, что "и другие свойства характера сходным образом являются отражениями или реактивными образованиями определенных прегенитальных структур..." (см.: 61).

С момента написания этих строк в 1932 г. множество предположений подобного рода нашли практическое подтверждение. Кроме анального, сегодня известен уже и оральный, и уретральный типы характеров. Множество примеров из наблюдения за развитием детей прямо указывают на существование определенных его стадий. Если ребенок испытывает постоянный голод или жажду, если он требователен, зависим, если он испытывает отвращение к какой-либо пище или у него имеются другие осложнения с питанием, мы не сомневаемся в том, что это — следствие фиксации на оральной стадии и что Регрессия к этой точке фиксации представляет постоянную

опасность для их дальнейшего развития. Если ребенок отличается жгучим тщеславием и импульсивным поведением, мы делаем заключение о фиксации на точке в уретральной стадии. В подобных случаях связь между вытесненным "оно-содержанием" и проявляющимся "я-образованием" настолько очевидна, что аналитику достаточно взглянуть на психическую поверхность, чтобы понять, что произошло или происходит в обычно недоступных слоях психического аппарата.

### *Особенности поведения детей как материал наблюдения*

Выводы, справедливые для защитных механизмов, мало-помалу распространяются и на другие формы детского поведения — действия и установки, которые "сигнализируют" наблюдателю о происходящем в глубине, за ними (см.: 69). Прозрачность реактивных образований подвигла аналитиков-практиков нащупать и другие особенности детского поведения, которые также неразрывно связаны с побуждениями "оно" и его производными.

Одна из плодотворных стадий развития в этом отношении — фаллическая. Стыдливость и скромность — это реактивные образования, являющиеся не чем иным, как инверсией эксгибиционистских побуждений. Часто встречающееся у детей и особенно мешающее школьной жизни навязчивое состояние "игры под дурачка" хорошо знакомо нам как искажение стремления отличиться, выделиться, при котором фаллическое показное желание сдвинуто от позитивного к негативному. Утрированная мужественность, буйная агрессивность представляют собой сверхкомпенсацию и выщипывают лежащий за ними страх кастрации. Дети, которые жалуются на придирки учителей и плохое обращение товарищей, в действительности пассивны и должны бороться с пассивно-мазохистическими побуждениями. Распространенные жалобы детей на скуку почти всегда происходят из подавленных мастурбационных фантазий и запрета на занятие мастурбацией.

Наблюдение за детьми во время соматического заболевания дает богатый материал для понимания их психического

состояния. Одни во время болезни требуют постоянного внимания, утешения, заботы; другие, напротив, отворачиваются от внешнего мира, жаждут одиночества, хотят только спать. Эти две формы поведения соответствуют двум типам направления либидо: на объекты внешнего мира или на себя самого Л собственное тело. То, что ребенок слушается врача, проявляет готовность к соблюдению диеты, мирится с другими необходимыми ограничениями свободы, — не свидетельство благоразумия, как охотно думают родители. Обычный, нормальный ребенок, неожиданно становясь во время болезни "послушным", вероятно, удовлетворяет таким образом регрессивные пассивные побуждения; или же он находится под влиянием страха и чувства вины, присущих каждому заболеванию как своеобразный штраф за запрещенные действия. Озабоченность детей-ипохондриков собственным здоровьем выдает недостаточность материнской заботы или их справедливое или несправедливое недоверие к ней.

Еще один ценнейший источник наблюдения — детские игры. Рисование, поделки, игры в воде и с песком — известные сублимации анальных и уретральных желаний. Сексуально любопытный ребенок любит разбирать игрушки. По тому, как ребенок играет в миниатюрную железную дорогу, можно судить о целом ряде бессознательных фантазий: нескончаемая череда столкновений выдает, что ребенок бессознательно озабочен загадкой родительских половых отношений; желание строить туннели и прокладывать пути под землей свидетельствует о любопытстве к тому, что внутри тела; тяжело груженные вагоны символизируют мысли о беременности; требование, чтобы игрушка была исправна и развивала большую скорость, происходит из радости мальчика по поводу функции пениса.

Во время игры в футбол дети имеют возможность открыто проявлять свое тайное отношение к товарищам. Выбираемая каждым футболистом позиция на поле, детали его поведения в игре символизируют его отношение к атаке, обороне, столкновению, успеху, поражению — в общем, к мужественности.

Конный спорт открывает соответствующие возможности для наблюдения девочек. Заинтересованность только в ритмическом раскачивании при верховой езде свидетельствует о склонности к аутоэротике. Усердие в кормлении, чистке лошади и т. п. указывает на идентификацию с матерью. Всадница, которая чувствует себя единой с большим животным и расценивает лошадь как часть собственного тела, раскрывает — сама не подозревая об этом — свою зависть к пенису. Радость, испытываемая от абсолютного господства над лошадью, соответствует фаллическому тщеславию.

Богатый материал дают привычки детей, связанные с питанием. Специалисту нужно сосредоточиться на исследовании двух крайностей — детской ненасытности или отсутствия аппетита, — поскольку оба нарушения нормального процесса приема пищи происходят из оральной фазы. И вообще каждое конкретное вкусовое предпочтение или антипатия, каждое связанное с этим нарушение обусловлено определенной стадией развития "я" и инстинктов, а потому являются для наблюдателя (и для диагноста) важными отправными точками для определения, на какой из сменяющихся фаз развития фиксирован ребенок или на какой он в данное время находится.

Не менее важно для наблюдения отношение ребенка к одежде. Психоналитики уже давно знают, что удовольствие от демонстрации собственного тела может распространяться и на одежду и что щегольство относится, соответственно, и к телу, и к одежде. Вытесненное желание может проявляться в поведении и как равнодушие или даже пренебрежение к одежде. Вытеснения кожной эротики возникают в форме сверхчувствительности к жестким или "кусающимся" тканям. Зависть к пенису у девочек, т. е. их негативное отношение к женскому телу, проявляется либо в антипатии ко всем традиционно-женским деталям одежды (кружева, банты и т. п.), либо в сверхсильном желании дорогих бросающихся в глаза нарядов.

Итак, разнообразные формы поведения детей, в том числе и вне анализа, дома, в школе, в обществе сверстников или взрослых, являются, как было показано, почти неисчерпаемы

ми источниками наблюдения. Поскольку каждое из них генетически связано с тем или иным инстинктивным побуждением, из которого оно происходит, из него можно почерпнуть ценную информацию о латентном конфликте, занимающем центральное место в бессознательном.

В то же время детскому аналитику нельзя забывать, что непосредственное наблюдение и извлекаемые из него выводы могут представлять опасность. То, что аналитик научился за сознанием видеть бессознательное, еще не значит, что он при лечении сможет использовать это знание. Его построения непригодны для лечебного воздействия, грубо говоря, терапевтически бесполезны. Более того, сделав их основой символического толкования, можно нарушить защитные механизмы "я" против отвергнутых содержаний и в итоге только усилить страхи и сопротивление пациента, вместо того чтобы их постепенно и терпеливо сокращать.

Аналитику также важно не обмануться кажущимся избытком новых результатов. Наряду с проявляющимися симптомами поведения, которые становятся для нас очевидными в процессе работы, существует несметное количество других, не имеющих определенного происхождения, или тех, происхождение которых пока неизвестно. Нужно всегда помнить о том, что поведение детей во многом остается загадкой и лишь дожидается своего исследования, и в том числе психоаналитического.

### *"Я" в непосредственном наблюдении*

Пока речь идет о глубинных слоях психического аппарата, аналитик-практик имеет преимущество перед аналитиком-наблюдателем; зато с включением исследования "я" в глубинную психологию его статус существенно повышается. Поскольку большая часть "я" и "сверх-я" принадлежит сознанию и проявляется открыто, наблюдение вполне применимо в качестве вспомогательного средства в научной работе аналитика.

Внеаналитическому наблюдению доступна в первую очередь "бесконфликтная" сфера "я", т. е. различные органы

чувств, "я"-аппараты, которые воспринимают внутренние и внешние раздражения. И даже если основанные на них идентификации, система ценностей и "сверх-я"-образования в большей мере принадлежат к конфликтной сфере и тем самым являются материалом анализа, сами они и процесс их формирования доступны оценке и измерению методами внешнего наблюдения.

При изучении "я"-функции одинаково применяются аналитические и внеаналитические методы наблюдения. Освоение моторики и развитие речи — две важнейшие "я"-функции — могут быть исследованы при помощи непосредственного наблюдения извне. Так, функцию памяти можно протестировать, когда нужно получить ее качественную оценку; зависимость же или независимость ее от принципа удовольствия может установить только анализ. Причем об успехе или неудаче тестирования свидетельствует само поведение ребенка. Синтетическая функция работает незаметно, и ее неисправность, кроме случаев сильнейших нарушений, можно обнаружить только под "микроскопом" анализа.

Сочетание обоих рабочих методов мы используем и при исследовании жизненно важных первичных и вторичных процессов. Установление того, что различие между этими двумя типами коренится в мыслительных процессах и что первые отвечают за создание образов и символов, а вторые — за рациональное мышление, является, как мы знаем, исключительно достижением анализа. Однако сравнение и описание и тех и других доступно и непосредственному наблюдению, особенно в случаях, когда они быстро сменяют друг друга — например, у маленьких детей или диссоциальных подростков. Вторичные процессы доминируют, пока индивид находится в состоянии психического равновесия; когда же возрастают инстинктивные потребности (сексуальность, агрессивность и др.), господство переходит к первичным процессам. Этот переход возможно наблюдать по изменению поведения.

Наконец, в психоаналитической детской психологии существует особая область, при исследовании которой многие ана-

литики предпочитают методы непосредственного наблюдения. Как мы знаем, аналитическая техника имеет свои ограничения. У детей — вследствие способов выражения, которыми они пользуются. У взрослых — из-за границ перенесенного архаического материала, который не может быть использован для реконструкции раннеинфантильных переживаний. Несмотря на все усилия терапевтического анализа продвинуться в изучении периода доречевого развития, т. е. в самое начало психической жизни младенца, многое в этой сфере остается неизвестным и непонятым. Здесь решающую роль играет непосредственное наблюдение за матерью, маленьким ребенком и ранними взаимоотношениями между ними. Эти наблюдения пополняют и корректируют как данные, так и гипотезы анализа.

Так, например, имеющий тяжелые последствия страх разлучения у маленьких детей был обнаружен благодаря наблюдениям в детских домах, больницах и т. п., а не реконструирован в процессе взрослого анализа и не открыт в процессе анализа детского.

Несмотря на это, было бы ошибкой ставить методы наблюдения выше аналитических методов. Убедительным аргументом в пользу последних является то, что доаналитические детские психологи слепо проходили мимо фактов инфантильной сексуальности, фаз развития либидо и инфантильных комплексов, замечая только их проявляющиеся в поведении результаты. Первыми их выявили аналитические наблюдатели.

Однако на большинство вопросов психоаналитической детской психологии можно ответить, только комбинируя методы непосредственного наблюдения и детского анализа. Детализированные записи о процессах развития на ранней стадии особо важны, когда их можно сравнить с результатами анализа в более позднем детском возрасте. Анализ маленьких Детей является важной основой для дальнейшего прослеживания проявляющегося индивидуального характера. Эксперименты этого рода, дополняя друг друга, позволяют контролировать надежность и точность применяемых рабочих методик.

## ВЗАИМООТНОШЕНИЕ АНАЛИЗА ВЗРОСЛЫХ И ДЕТСКОГО АНАЛИЗА

### ПРИНЦИПЫ АНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Чем успешнее утверждала себя новая специальность, тем виднее становились отличия анализа взрослых от анализа детей.

Детские аналитики не торопились провозглашать свое отступление от классической техники. Напротив, все их стремления были направлены на то, чтобы подчеркнуть и выдвинуть на первый план идентичность обоих методов (см.: 7). Они утверждали, что одни и те же терапевтические правила приемлемы как для детей, так и для взрослых пациентов. Применительно к детскому анализу эти правила обязывают аналитика к следующему:

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

2. Никакими терапевтическими действиями не давать волю инстинктивным побуждениям.

3. Как можно меньше вмешиваться во внешнюю жизнь пациента, т. е. лишь изменять его жизненное окружение и при необходимости устранять явно вредные, травмирующие влияния.

4. Видеть в толковании сопротивления и переноса и в осознании бессознательного материала законные средства анализа.

Следуя этим предписаниям, техника детского анализа ни в коей мере не уступала ортодоксальному взрослому анализу. Не оставляет сомнений, что успехи этой техники связаны с теми же фундаментальными принципами; что сопротивление "я"

"оно-содержаниям" доступно объяснению, и внимание терапевта направляется с одной психической инстанции на другую в зависимости от поступающего материала; что анализ идет от психической поверхности в глубину; что аналитик для пациента является объектом переноса, вследствие чего наделяется бессознательными фантазиями и установками; что всплывающие из бессознательного неудовлетворенные инстинктивные побуждения, насколько это возможно, анализируются, чем предотвращается их осуществление; что аналитику важно не достижение очищения, а терапевтическое воздействие достижений первичного и вторичного процессов. Другими словами, его терапевтические усилия направлены в конце концов на превращение "оно" в "я".

## ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОРГАНИЗМЕ

Все сказанное справедливо лишь в отношении методики. Во всех других отношениях трудно приравнивать детский анализ к имеющему гораздо более длительную историю анализу взрослых.

Как установил Эдвард Бибринг, в психическом организме существуют силы, направленные на достижение психического равновесия (6). Основа успеха анализа лежит в раскрытии и использовании этих спонтанных стремлений. "Оздоровительные тенденции", как назвал их ученый, возникают в психической жизни в различных формах: как присущее индивиду стремление осуществить процесс развития; как стремление к удовлетворению потребностей и реализации чувственных представлений; как преклонение перед нормой и инстинктивная антипатия к ненормальным проявлениям; как синтетическая функция "я"; как способность к экстериоризированию, при котором для осуществления (персонификации) частей собственной личности используются внешние объекты.

Чем упорнее мы стремимся найти у детей эти оздоровительные тенденции, характерные для взрослых, тем меньше

мы встречаем их в действительности. Взрослый невротик хочет стать здоровым, здоровье означает для него работоспособность и сексуальную полноценность. Дети же во многих случаях хотят оставаться больными, пользуются прямой и косвенной выгодой болезни и уклоняются от приспособления к неблагоприятному окружению. Где взрослый подчинен навязчивому повторению, которое способствует процессам переноса, для ребенка на первый план выходит жажда новых приключений, открытий и объектов. Синтетическая функция зрелого "я", этот важнейший поставщик аналитического материала, у ребенка еще недостаточно развита. Она угнетена свойственным возрасту предпочтением защитных механизмов, таких, как отрицание, проекция, изоляция, расщепление "я". Стремление к удовлетворению побуждения, ответственного за спонтанное движение "оно"-содержания, у ребенка так сильно, что мешает аналитической работе, вместо того чтобы ей помогать. Короче, аналитик должен был бы признать, что ему не следует ждать помощи со стороны природных оздоровительных тенденций, если бы не одно важное исключение, а именно то, что у детей несравнимо сильнее, чем у взрослых, стремление к развитию. Оно способствует созреванию процессов, основанных на врожденных задатках.

У взрослого невротика весь объем либидных и агрессивных переживаний переработан в симптоматику и благодаря сильному контрзамещению удерживается в этом состоянии; свежие приступы половой энергии направляются из-за этого принуждения в соответствующее русло. В противоположность этому незрелая личность ребенка флюктуирует, т.е. находится в состоянии постоянного изменения. Симптомы, служащие на одной из ступеней развития для компромиссного (или конфликтного) решения, на следующей ступени не нужны и отбрасываются. Либидозная и агрессивная энергия не является статической и связанной. Она свободна и способна вылиться наружу, как только аналитическая терапия откроет возможность отвода. Главная трудность для детского аналитика заключается в небезопасности оценки успеха собственной рабо-

bi. За исключением сложнейших патологических случаев, после лечения нельзя решить, в какой мере наблюдаемые успехи — следствие терапии, а какую их часть следует приписать спонтанным процессам созревания и развития.

## ТЕХНИКА ДЕТСКОГО АНАЛИЗА

Практикующий детский аналитик в своей повседневной работе нуждается в упорядоченной системе правил и предписаний, даже если согласиться с тем, что с позиции теории лечения "техника детского анализа" значит не что иное, как установление логических связей между зрелой и незрелой личностными структурами и между внешними условиями жизни в детстве и в зрелом возрасте.

Ребенку недостает благоразумного отношения к болезни, которое предполагает желание выздороветь и, как следствие, союз с врачом. Слишком часто, однако, детское "я" выступает на стороне сопротивления, вместо того чтобы препятствовать ему. Приходится считаться с тем, что решение о начале, проведении и завершении лечения принимает не пациент, а его родители; что в этом и во многих других отношениях родители вовлечены в анализ, поддерживают детскую функцию "я" и "сверх-я" и мешают возникновению связи между пациентом и аналитиком. Многие из предпосылок успеха аналитического лечения взрослых невротиков отсутствуют у ребенка, или их приходится с трудом отыскивать при помощи технических вспомогательных средств.

### *Отсутствие свободных ассоциаций*

Одной из главных сложностей является отсутствие у детей свободных ассоциаций. То, что в общении со взрослым пациентом является основным правилом, т. е. просьба без всякого обдумывания сообщать свои мысли, наталкивается у детей на Упрямое сопротивление. Во многих случаях они готовы так же, как взрослые, сообщать свои сны и дневные фантазии; но,

в противоположность взрослым, они очень редко рассказывают о своих мыслях по поводу отдельных элементов сновидений и, следовательно, не облегчают аналитику путь от их явного содержания к латентному. Они делятся своими переживаниями, полагая, что во время анализа устанавливаются отношения доверия; но без помощи свободных ассоциаций их сообщения не могут выйти за рамки сознания.

То, что ребенок не может или не хочет свободно ассоциировать, общеизвестно и имеет несколько причин. На уровне сознания это, пожалуй, присутствие взрослого в качестве авторитета и постороннего "сверх-я", которое ограничивает откровенность ребенка. На бессознательном уровне за этим стоит недоверие детей к силе собственного "я", вследствие чего полная раскованность кажется им более опасной, чем взрослым.

История детского анализа — не что иное, как бесконечная цепь попыток заменить отсутствие свободных ассоциаций другими вспомогательными средствами. Свободные игры с созданием так называемого "маленького мира" — рисование, моделирование, игры-фантазии всех видов — пополняют детский анализ и представляют для аналитика ценный материал. Но даже там, где достигается переносное поведение, из-за отсутствия свободных ассоциаций остается удручающее белое пятно. Ощутимым недостатком является то, что игровые действия ребенка дают главным образом символический материал, т. е. побуждают детского аналитика к интерпретациям, которые мало надежны и не исключают произвола в объяснении тех или иных символов.

Положение усугубляется тем, что производные бессознательного, которые у взрослых проявляются в форме ассоциаций, у ребенка, согласно его природе, проявляются в действиях. И это меняет саму основу аналитической ситуации. Мы по праву считаем, что непременным условием отсутствия каких-либо границ для свободной ассоциации является спокойствие пациента, т.е. отсутствие моторики. Это условие невозможно соблюсти, когда пациент, вместо того чтобы сосредоточиться

на разговоре, совершает активные действия. Как только ребенок подвергнет себя или аналитика опасности, причинит какой-либо материальный вред, начнет сексуально совращать или добиваться совращения, аналитик обязан вмешаться, как бы ему ни хотелось остаться в своем амплуа и удержать всплывающий в этих действиях и могущий в любую минуту ускользнуть материал. Слова, представления, фантазии, как мы знаем, могут быть "не ограничены"; действия же подчиняются другим законам. Нередко детский аналитик забывает это различие, ведет себя, как при анализе взрослых, и обещает ребенку, что в процессе лечения тот сможет делать "все что хочет". Такие аналитики понимают свою ошибку только тогда, когда действия ребенка переходят границу допустимого.

Существует еще одно отличие ассоциирования от действования, на которое, несмотря на его значимость, до сих пор обращали мало внимания. Если свободно приходящие мысли только раскрывают сексуальные фантазии пациента, свободные действия активизируют его агрессивные фантазии. Поэтому в переносе у детей ведущую роль играет агрессия (точнее, агрессивная сторона прегенитальной сексуальности). Она проявляется в нападках на объект переноса, в активных провокациях — плевках, толчках, ударах и т. п. На практике аналитик не всегда сразу замечает развязанные аналитической свободой агрессивные побуждения. И это очень печально, т. к. на коррекцию поведения тратится драгоценное время, а сама по себе связь действований и агрессии грозит получением ошибочного представления о количественных соотношениях либидо и агрессии. Действование в детском возрасте нормально, т. е. соответствует уровню развития ребенка. И это совсем не означает, что оно включает в себе терапевтическое воздействие, т. е. ведет к пониманию и внутреннему изменению. При анализе взрослых мы давно научились не придавать значения внешним проявлениям производных инстинкта, особенно тех, которые невозможно истолковать или толкование которых не принимается пациентом. Однако не все специалисты детского анализа пришли к пониманию этого, и остаток веры в очища-

ющее целительное воздействие действованиа встречается еще достаточно часто.

### *Толкование и вербализация*

Главное в работе детского аналитика, как и взрослого, заключается в переводе бессознательного материала в сознательный. Однако здесь необходим целый ряд пояснений и поправок. Общей у взрослого и детского анализа является цель, а именно расширение границ сознания и усиление контроля "я" над стремлениями "оно". Детский аналитик стремится к той же цели, но его усилия осложняются отсутствием свободных ассоциаций, активными действиями и прочими техническими препятствиями.

Особенно ясно различия видны на конкретном материале, который требует толкования. Во взрослом анализе мы длительное время работали над материалом вторичного вытеснения, т. е. над преодолением защиты от инстинктивных производных, когда-то ранее вытесненных из сознания. Только в поздних периодах обследования мы выявляем результаты первичного вытеснения, т. е. обнаруживаем элементы, восходящие ко времени развития речи, которые никогда не принадлежали организации "я" и которые поэтому нельзя вспомнить, а можно только возродить при переносе.

С маленькими пациентами дело обстоит иначе. У самых младших соотношение между первичными и вторичными процессами и даже их проявление в анализе может быть противоположным.

Перед инфантильным "я" стоит задача разобраться во внешнем и внутреннем мире, которые оно естественным образом осваивает при помощи косвенных мыслительных процессов, основанных на развитии речи. Там, где это освоение запаздывает либо частично или полностью отсутствует, анализ может прийти на помощь развитию. В таких случаях для техники анализа первоочередной становится задача превращения бессознательных побуждений в словесные представления — как первый шаг на пути к сознанию, к принадлежности "я" и к преодолению во

вторичном процессе. Само по себе объяснение бессознательных процессов имеет гораздо меньшее значение.

Важный вклад в понимание роли вербализации в развитии маленького ребенка внесла Анни Катан, установившая, что между образованием "сверх-я" и продвижением от первичного процесса к вторичному существует тесная, но кратковременная связь; что вторичный процесс обусловлен прогрессом в речевом развитии; что вербализация внешних восприятий предшествует вербализации внутренних восприятий; что последняя, в свою очередь, оказывает сильное воздействие на развитие контроля над реальностью и овладения побуждениями (см. 80).

Роль слова в человеческом развитии признавалась уже в начале психоанализа. "Первый, кто метнул во врага оскорбительное слово, а не копье, — вот основатель цивилизации", — писал З. Фрейд (см.: 45, 36).

И если к вербализации как части толкования прибегают аналитики, работающие со всеми возрастными группами, то для специалистов по детскому психоанализу она приобретает первостепенное значение — ведь к ним приходят пациенты или чересчур маленькие, или с тяжелыми нарушениями развития.

### *Сопrotивление*

При первых шагах детского анализа казалось вполне вероятным, что незрелое "я" будет оказывать анализу меньшее сопротивление, чем "я" взрослого. Это ожидание ни в коей мере не оправдалось: границы между "я" и "оно", сознательным и бессознательным у ребенка проложены не менее строго, чем в более поздней жизни; пробуждение инстинктивных производных и их включение в аналитический материал осуществляется не легче, чем у взрослых. Напротив, дети даже сильнее сопротивляются анализу, чем взрослые.

Теория классической терапии классифицирует сопротивление по их происхождению. Мы различаем:

1) сопротивления "я", которые стремятся защищать от недовольства, страха и чувства вины;

2) сопротивления "сверх-я", которые препятствуют всплыванию в сознании запрещенных моралью представлений и фантазий;

3) сопротивления "оно", которые стремлением к удовлетворению всплывающих побуждений противостоят аналитическому процессу или же как производные навязчивого повторения сопротивляются каждому шагу вперед.

Эти свойственные взрослым сопротивления есть и у детей. Однако дети прибегают к ним чаще, что создает дополнительные трудности, характерные для особой позиции ребенка по отношению к внутреннему и внешнему миру. Перечислим эти трудности:

1. Дети, как правило, попадают к аналитику не по собственному желанию, не добровольно.

2. Дети живут мгновением. И неминуемые при анализе ощущения неудовольствия и страха значат для них больше, чем перспективы излечения в будущем.

3. В соответствии со своим уровнем развития дети выдают материал не в словах, а в действиях. Все они, за исключением навязчивых невротиков, действуют при анализе (см. выше о действии вместо ассоциации).

4. Незрелое "я", менее приспособленное к давлению как инстинктов, так и внешнего мира, чем зрелое, рассматривает анализ как опасность и усиливает свою защиту (см. выше об отказе от свободной ассоциации). Это особенно ярко проявляется в начале пубертатности, т. е. в период усиления инстинкта, вследствие чего защита достигает кульминации. Дети в пубертатный период часто сопротивляются анализу.

5. Сопротивления "я" у детей сильнее, чем у взрослых, поскольку соответствуют организации защиты, в которой содержатся еще примитивнейшие ее формы, а наряду с ними уже сильны организованные механизмы "я".

6. Детское "я" стоит на стороне своего сопротивления, вместо того чтобы ему противодействовать. Под давлением вызывающего страх материала или во время отрицательного

переноса большинство детей хочет прервать анализ. Их можно удержать лишь с помощью родителей.

7. Возрождение архаического материала в анализе противоречит возрастному желанию оставить прошедшее позади. В разном возрасте это порождает различные проблемы. Особенно критическим временем для детского анализа является переход от эдипова к латентному периоду, когда ребенок, вследствие воспитания, хочет уйти от инфантильных переживаний и забыть их, в то время как аналитик принуждает его противодействовать начинающейся амнезии и поддерживать связь с инфантильными комплексами. Невротические дети в этот период жизни не менее остро нуждаются в лечении, чем до или после него, но в этот период они менее пригодны для анализа, так как их сопротивление максимально.

Похожее повторяется в пубертатности. Подросток, уже естественным образом отошедший от инфантильных объектных отношений, испытывает особенные затруднения, когда аналитический перенос вынуждает его снова переживать их. Нередко возникает конфликт, о который разбиваются всякие попытки анализа.

8. Для детского возраста характерно, что внутренние конфликты разыгрываются в форме борьбы с внешним миром. Ребенок "сражается" с кем-либо из окружающих и тем самым облегчает, отрицая его, свой внутренний конфликт. Аналитик, стремясь вызвать наружу истинное психическое содержание конфликта и сделать его доступным сознанию, испытывает сильное сопротивление, которое под влиянием окружения может возрасти до полного отказа. Аналитику важно понять, что негативное поведение ребенка объясняется его защитой от страха и неудовольствия, а не толковать его как "отрицательный перенос".

Вышеперечисленное не оставляет сомнений в том, что детскому аналитику требуется более изощренная техника, чем при анализе взрослых. И самым болезненным является то, что аналитик не может рассчитывать на сотрудничество со стороны своих пациентов.

## *Перенос*

Предложенные Бертой Борнштейн упразднение вводной фазы (кроме отдельных случаев) и замена ее анализом защиты (см. 13) сильно поколебали мое убеждение в том, что дети развивают отдельные реакции переноса, но не достигают полного переносного невроза. Однако это не означает, что на основе сегодняшних представлений я убеждена в идентичности переносного невроза у детей и взрослых. Этот вопрос остается открытым и по сей день. Ответ на него, в частности, осложняется двумя специфическими обстоятельствами детского анализа, о которых говорилось выше: отсутствием свободных ассоциаций, без которых аналитик не может получить полную картину переноса, и действием детей во время анализа, которое выдвигает на первый план агрессивный перенос, а не либидозный.

Дело осложняется и тем, что понятие переноса во взрослом анализе в последние десятилетия претерпело некоторые изменения и по-разному рассматривается различными аналитиками. Многие придерживаются исходного воззрения, которое видит процесс переноса приблизительно так: в начале обследования отношения между аналитиком и анализируемым более или менее реалистичны, т. е. соответствуют внешним обстоятельствам; в эти отношения по ходу анализа все больше и больше вплетаются либидозные и агрессивные элементы, берущие начало в вытесненных и возрожденных в процессе анализа детских переживаниях пациента; это возрождение прошлого продолжается в настоящем, пока центральный патологический конфликт не разыграется вокруг личности аналитика и возникший таким образом мнимый, или переносный, невроз не вытеснит на задний план реальные отношения врача с пациентом; эти реальные отношения возвращаются в конце анализа, после того, как аналитик толкованием отделит от них инфантильные элементы, и после того, как материал переноса даст аналитику и анализируемому возможность понять структуру и содержание невроза.

По другим представлениям переносы на аналитика имеют место с начала обследования, и их нужно заранее объяснить

пациенту. Не только как противопоставление реальности, но и сами по себе они являются материалом анализа и поэтому более важны, чем другие производные бессознательного — сновидения, воспоминания, свободные ассоциации и т. д. Аналитики, базирующие свою работу исключительно на переносе, убеждены, что все без исключения процессы внутри психического аппарата восходят к объектным отношениям и потому могут быть проанализированы в переносе на аналитика; что все архаические стадии объектных отношений в равной мере доступны переносу, толкованию и изменению посредством анализа; что отношения индивида к окружающим его людям заполнены энергией либидо или агрессивностью и что никакие иные отношения с окружающими людьми не играют такой роли, как объектные отношения.

В наиболее острых случаях переносное отношение к объекту настолько важно для аналитика, что его используют не для толкования, а в качестве самостоятельного терапевтического средства (лечение переносом, коррекция патологии посредством переносных переживаний и т. д.)

В разрешении этих и подобных спорных вопросов анализа взрослых весомый вклад может внести детский аналитик, сталкивающийся в своей практике с целым рядом закономерностей, от которых зависит его роль по отношению к пациенту.

### *Детский аналитик — "новый объект" для своего пациента*

Годы развития человека характеризуются, как говорилось выше, двумя противоположными тенденциями: жадной новизны и стремлением к повторению опыта. Чем нормальнее ребенок, тем больше он находится под воздействием первой; чем невротичнее — тем сильнее в нем вторая. Дети, пришедшие на анализ, также находятся под влиянием обеих. Для здоровой части их личности аналитик является интересной новой фигурой, которая вступает в их жизнь и побуждает к новому типу отношений; для больной он — объект переноса, то есть повторения старых отношений. Эта двойственная установка затрудняет процесс анализа. Если аналитик акцентирует первую роль

и ведет себя сообразно с этим, он мешает переносу; если он делает обратное, он разочаровывает пациента во вполне обоснованных, с его детской точки зрения, надеждах. Врачу также не всегда удастся различить, что в поведении ребенка следует приписать одной установке, а что — другой. Тактичность, благоразумие и умение переключаться с одной роли на другую — необходимые технические средства детского анализа.

### *Детский аналитик*

#### *как объект либидозного и агрессивного переносов*

Сам по себе феномен переноса мало чем различается у детей и взрослых. Вызванная аналитической ситуацией регрессия распространяется на все ступени и формы объектных отношений. Нарциссизм, симбиоз с матерью, потребность в поддержке (опоре), объектная константность, амбивалентность, оральная, анальная и фаллически-эдипальная прегенитальность — все эти элементы, каждый по-своему, раньше или позже, в той или иной степени, форме, последовательности поступают в анализ. Возникающие переносы, в зависимости от их происхождения, дают информацию о масштабе и типах патологических регрессий пациента, причем в каждом случае аналитическая ситуация имеет особый характер. Возврат к нарциссическому поведению раскрывается в анализе как возвращение к себе и своим интересам, безразличие к внешнему миру и к аналитику — как недоступность его усилиям. Новое появление симбиотических установок свидетельствует о желании постоянной и ничем не нарушаемой совместной жизни с аналитиком.

Возрождение отношений по опорному типу создает особые трудности. На первый взгляд перенос проявляется как желание помощи, однако при внимательном рассмотрении становится ясна односторонность этого желания. Пациент требует всего от аналитика, не будучи готовым к какому-либо встречному действию. Напротив, он в любой момент готов разрушить отношения и прервать анализ, стоит только поставить перед ним малейшие требования. Переносы из оральной фазы выра-

жаются в ненасытных претензиях ребенка к аналитику, которые невозможно удовлетворить ничем из того, что ему предлагают (для ребенка это — игровой материал, для взрослого — внимание и чуткость). Соответствующие побуждения из анальной фазы выливаются в упрямство юного пациента, в нежелание раскрывать материал, в провокации и враждебность, что также грозит остановкой процесса анализа. Инфантильные страхи потери любви и потери объекта любви проявляются в анализе как послушание и пассивное подчинение и приводят лишь к поверхностным успехам переноса, нередко вводящим аналитика и родителей в заблуждение.

Другими словами, прегенитальные, преэдипальные стремления придают переносу ребенка нежелательный, мешающий анализу характер. Напротив, с переходом на ступень константных объектных отношений, с возникновением положительного или отрицательного эдипова комплекса и присущих этому таких позиций "я", как самонаблюдение, благоразумие и рациональное мышление, начинает поступать плодотворная информация, которая укрепляет терапевтический союз между ребенком и аналитиком и побуждает пациента к сотрудничеству, вопреки давлению сопротивления и отрицательного переноса.

По всем этим причинам преэдипальные данные переноса следует толковать раньше, чем эдипальные. И здесь полезно напомнить рекомендацию З. Фрейда толковать перенос тогда, когда он начинает служить сопротивлению. Это, естественно, касается и детского анализа, и анализа взрослых.

На основании изложенного становится ясным, почему детский анализ сталкивается с особыми техническими трудностями и почему при работе с маленькими детьми, не достигшими фаллической фазы, или с детьми, развитие которых задержалось на одной из преэдипальных ступеней (в противоположность регрессии с более высокой на более низкую ступень развития), нужен особый подход. Для этой категории пациентов непригоден ни один технический метод, предусматривающий разумное и добровольное сотрудничество пациента, т.е. такие

отношения, которые им еще не известны. В техническом отношении аналитики многое почерпнули из работы с детьми, потерявшими матерей, с сиротами, выросшими в концентрационных лагерях. Дети, не имевшие константных объектных отношений, не могли вступать в тесный и прочный союз с аналитиком, столь необходимый для переноса (см.: 67).

### *Детский аналитик как объект экстерииоризации*

Заблуждением было бы считать, что все переносные отношения между ребенком и аналитиком сводятся к объектным отношениям, т. е. фигура аналитика заполняется либидо или агрессией. На аналитика зачастую обрушиваются целые части детской личности, которые таким образом проецируются на внешний мир, или, точнее сказать, экстерииоризируются (см. также исследование Уоррена М. Бродя о роли членов семьи в патологии детского возраста — 19).

Поскольку аналитик открывает инстинктивным производным (представлениям, фантазиям, действиям) возможность свободного проявления, он становится для ребенка представителем его "оно", т. е. "совратителем" — со всеми отрицательными и положительными последствиями, которые несет с собой эта роль. В той степени, в какой его вербализация и толкование снижают детские страхи, он играет роль помощника "я", за которого цепляется нуждающийся в поддержке пациент. Точно так же для взрослого аналитик выступает одновременно перенесенным во внешний мир собственным "сверх-я" и идеалом. И возникает парадоксальная ситуация: ребенок и боится критики со стороны этой созданной переносом авторитарной фигуры, и ищет проявившиеся было в анализе, но вновь скрывшиеся от него производные "оно".

Подобная экстерииоризация — весьма ценный материал, поскольку вносит ясность в суть конфликтов между психическими инстанциями. Она тем плодотворнее для анализа, чем строже мы проводим различие между этими конфликтами и переносом объектных отношений. Утверждение, будто в конечном счете все внутренние конфликты сводятся к иденти-

фикации с окружающими людьми, а стало быть, к прежним любовным отношениям, необоснованно. Говоря о внутреннем мире ребенка, следует помнить, что для него отношения между системами и инстанциями психического аппарата не менее значимы, чем отношения к миру объектов. Мы не должны забывать, <sup>1</sup>то у детей конфликты между психическими инстанциями и внутри них экстерииорируются. Например, навязчивые невротики часто бывают "сварливыми" пациентами, т. е. их внутренние амбивалентные конфликты переносятся в ходе анализа как разногласия с аналитиком и они горячо отстаивают свою позицию. В конфликтах между активными и пассивными, мужскими и женскими стремлениями аналитик становится представителем той или другой стороны и в таком качестве подавляется. Для одержимых пагубной страстью аналитик символизирует одновременно или в быстро сменяемой последовательности то объект маниакального стремления, то силу "я", которая необходима для его подавления. В пограничных шизофренических состояниях терапевту чаще всего выпадает роль вспомогательного "я". Запутавшийся в своих параноидальных вызывающих страх фантазиях пациент цепляется за рациональную позицию врача как за спасательный круг и использует тон его голоса или произносимые им слова (именно слова, а не их смысл), чтобы справиться с одолевающими его первичными процессами. Аналитику важно понимать, что союз такого пациента с ним совсем иного рода, чем у истерика, который переносит на своего аналитика прежние любовные побуждения и хочет лишь доставить себе удовольствие.

Под этим углом зрения экстерииоризацию можно считать специфической формой переноса, т. е. ценным средством проникновения в структуру психики пациента.

## ИНФАНТИЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И ЕЕ РОЛЬ В ДЕТСКОМ И ВЗРОСЛОМ АНАЛИЗЕ

Вопрос о том, насколько родители пациента должны быть включены в терапевтическую работу, нередко кажется второстепенным, сугубо техническим. Однако здесь коренится гораздо более важная проблема: с какого периода можно начинать рассматривать личность подрастающего человека как независимую структуру, т. е. когда ребенок перестает быть всецело зависимым от своей семьи.

В сочинениях Фрейда мы находим многочисленные указания на значение детской зависимости для становления характера, с одной стороны, и возникновения неврозов с другой. Фрейд рассматривает ее как "биологический факт", которому человечество обязано всеми своими достижениями (см.: 54, с. 261). Из страха потери объекта, страха потери любви и страха перед наказанием, которые испытывает беспомощный ребенок, вырастает его податливость воспитанию, которая, однако, может обернуться во взрослой жизни страхом перед обществом. Угрызения совести, проистекающие из интериоризации родительского авторитета, прямо ведут к невротическим конфликтам. Тому обстоятельству, что период зависимости ребенка от взрослого человека намного длиннее, чем у всех других живых существ, Фрейд приписывал такие последствия, как способность любить в целом и эдипальные стремления в частности; как неприятие агрессии; как возникновение религии, этики и морали; короче, как все важнейшие составляющие цивилизации. [См. следующие места у З. Фрейда:

"...мы понимаем, что эдипов комплекс является психическим коррелятом фундаментального биологического факта длительной инфантильной зависимости человека..." (56, с. 208);

"Длительная беспомощность и зависимость маленького ребенка от взрослого у людей является биологическим фактором. Внутриматочное существование человека в противоположность большинству животных относительно кратко; на свет

он появляется менее подготовленным, чем они. В результате он испытывает более сильное влияние внешнего мира, вследствие чего "я" отделяется от "оно". Опасности внешнего мира имеют для него более важное значение, вследствие чего вырастает значение объекта, который один может защитить от них и тем самым возместить потерянную внутриматочную жизнь. Этот биологический момент создает первые опасные ситуации и вызывает потребность быть любимым, которая уже больше не покидает человека" (57, сноска к с. 154);

"Защита от детской беспомощности — вот что закладывает основы... формирования религии" (58, с. 24).

"Причина неприятия агрессии коренится в детской беспомощности и зависимости, а лучше всего объясняется страхом потери любви" (59, с. 124).]

### *Инфантильная зависимость в анализе взрослых*

Анализ взрослых издавна стремился свести явления зрелого периода к их латентным ступеням и тем самым возродить в переносе инфантильную беспомощность и зависимость. Однако значение этих регрессий ограничено их ролью в возникновении нарушений. С точки зрения свободы передвижения, экономической свободы и тому подобных обстоятельств взрослый рассматривается как независимое существо со своими собственными внутренними инстанциями, со своей собственной структурой личности и со своими закрепленными в этой личности невротическими конфликтами, к которым внешний мир имеет лишь косвенное отношение.

Классическая техника анализа взрослых логически вытекает из этого убеждения. Именно поэтому к основным принципам анализа относится то, что внимание психоаналитика направлено исключительно на внутреннюю жизнь пациента; что аналитик не видит объективно окружение пациента, а только субъективно воспринимает его глазами пациента; что отношения между пациентом и аналитиком исключают любые вмешательства извне; и что только таким образом создается ситуация, когда возможен полный перенос.

Несмотря на отдельные возражения, например выдвинутые Р. Лафоргом требования проводить анализ нескольких членов семьи (84), эти основные принципы взрослого анализа остаются неизменны.

### *Инфантильная зависимость в детском анализе*

Необходимо хорошо понимать, что ни один из вышеперечисленных принципов не безусловен для детского анализа, который имеет дело с зависимостью как с определенным периодом жизни своего пациента. Каким бы самостоятельным или, напротив, несамостоятельным ни был ребенок, нужно в каждом конкретном случае устанавливать соответствие с возрастом стадии развития и выявлять патологию.

Для оценки состояния развития и степени оставшейся зависимости или достигнутой независимости в распоряжении детского аналитика имеется множество критериев. Он рассматривает, как разграничены различные формы и аспекты зависимости; изучает хронологическую последовательность изменения отношения между ребенком и родителями. На основе последней он может проследить возрастные ступени развития, на каждой из которых родители служат различным потребностям ребенка:

а) потребность в объединении (симбиозе) с матерью в период, когда собственное сознание и внешний мир еще слиты в нарциссическое единство;

б) потребность в помощи для ориентации во внешнем мире и для удовлетворения желаний;

в) потребность в объектах внешнего мира, в направлении которых нарциссическое либидо трансформируется в объектное либидо;

г) потребность в помощи и руководстве для ориентации во внутреннем мире и овладения им, т. е. ограничения инстинктов;

д) потребность в образцах для формирования "сверх-я".

Не менее важно для аналитика понимать, каково влияние родителей на возникновение патологических явлений. Здесь

не всегда легко различить причину и следствие и очень просто, например, спутать реакцию матери на нездоровье ребенка с ее патогенным влиянием на его развитие. С наибольшей точностью все эти различия можно выявить при одновременном анализе матери и ребенка. Такие исследования требуют длительного времени, но эти затраты оправданы благодаря получаемой информации. (Такие исследования проводились в Хэмпстедской детской клинике.)

Из анализа матери и ребенка мы узнали следующее:

1) Для многих родителей ребенок представляет собой либо некую идеальную фигуру, либо объект из их собственного прошлого. Их контакт с ребенком подчинен этому мнимому отношению, и ребенок, чтобы сохранить расположение к себе родителей, стремится соответствовать подобным фантазиям, даже если при этом собственная натура подвергается насилию.

2) Родители, сами страдая неврозами или психозами, приписывают свою патологию ребенку и относятся к нему в соответствии с этим, пренебрегая потребностями его развития.

3) Некоторые матери переносят свои симптомы на ребенка, и они начинают проявляться как своего рода "безумие на двоих" (см.: 23).

4) Патогенное влияние на ребенка сильнее, если выражается в фактических действиях родителей, а не только в их фантазиях; если во втором случае возможна терапия на основе анализа самого ребенка, то в первом для освобождения ребенка от его патологической зависимости необходимо обследование родителя (см. в этой связи: 23, 71, 87, 111).

Известно, что родители часто поддерживают нарушения у ребенка. Большинство инфантильных фобий, нарушения питания, особые церемонии засыпания и т. п. могут возникнуть только при поддержке матери. Матери боятся состояния страха у ребенка едва ли не сильнее, чем он сам, они становятся защитницами его страха и постоянно предостерегают его, способствуют избеганию страха, отречению от него, т. е. камуфлируют наличие болезни (ср. опыт прошедшей войны, когда у Детей, разлученных с семьями, вскрылось множество невротич-

ческих проявлений). Навязчивые действия производятся навязчиво-невротическими детьми на теле матери, а не на собственном теле. Более того, анализ некоторых родителей показал, что патология их ребенка возникает в ответ на те или иные их собственные бессознательные желания, и по этой причине они способствуют нарушению, вместо того чтобы противостоят ему.

Неопровержимый факт: родительская помощь чрезвычайно важна при лечении. Детский аналитик может только завидовать коллегам, работающим со взрослыми, ввиду их отношений с пациентами. Решение о начале, продолжении и конце лечения в детском анализе принимает, как уже говорилось выше, не "я" пациента, а его родители. Родителям, а не самому ребенку приходится поддерживать терапевтический союз с аналитиком, даже если сопротивления и отрицательные переносы этому противодействуют; если же они принимают сторону сопротивления ребенка, анализ невозможно успешно довести до конца. А в случае возникновения положительного переноса нередко мать начинает ревновать к аналитику, усугубляя и так никогда не исчезающий детский "конфликт лояльности".

В целом участие родителей в аналитическом процессе зависит от возраста ребенка, от типа его нарушения, от личности и патологии самих родителей и от выбранной аналитиком техники. Последняя насчитывает множество вариантов. Одну крайность представляет преднамеренное отстранение родителей, насколько это позволяют обстоятельства, и закрытость для них аналитической информации. Далее следуют: частичная информация через самого детского аналитика; периодическое консультирование матери, чтобы дать ей возможность быть в курсе протекания анализа; психотерапия отца или матери; присутствие матери на аналитическом занятии с маленькими детьми; инструктирование матери по самостоятельным занятиям с маленькими детьми; подключение одного из родителей к анализу взрослых и т. д. Другой крайностью является уверенность некоторых аналитиков, будто анализ одного или

обоих родителей является наиболее эффективным средством лечения невроза у ребенка, и если провести его, то анализ ребенка может и не потребоваться.

### *Инфантильная зависимость в аналитической литературе послевоенных лет*

Растущий интерес аналитиков к первому году жизни и к ранним отношениям матери и ребенка ставит проблему инфантильной зависимости в центр внимания. Две выдающиеся работы по-разному освещают эту тему: одна с позиции процессов созревания (66), другая — с позиции материнской заботы (120). Сравнение выводов исследователей создает впечатляющую картину биологической и психологической зависимости ребенка в первые месяцы жизни, а также демонстрирует, сколь сильно влияют они на последующее психическое здоровье или болезнь.

В других публикациях, среди которых и результаты аналитической работы, и итоги внеаналитических наблюдений, затронуты следующие частные проблемы: роль проникновения в отношения матери и ребенка до этапа развития речи (117); вклад периода зависимости в индивидуальную конституцию (76); вредные последствия разлучения с матерью для маленьких детей (17, 37, 42, 102, 109,110); влияние материнских пристрастий и антипатий в период полной зависимости (104).

### *Равновесие между внутренним и внешним миром в свете детского и взрослого анализа*

Чрезвычайное значение инфантильной зависимости, с которой детский аналитик ежедневно сталкивается в своей работе, оказало немаловажное влияние и на развитие теории.

Работая со взрослыми, аналитик, само собой разумеется, более высоко оценивает влияния внутреннего мира, чем внешнего. Из общения с пациентами он узнает, что изменения внешних обстоятельств жизни ведут не к изменениям, а к отклонениям в настроении, которые способствуют восприятию внешнего мира в искаженном свете; что внешний мир про-

буждает бессознательные фантазии, в которых по-своему отражается реальность; что именно проекции из внутреннего мира придают безвредным лицам из мира внешнего черты опасных преследователей; что в процессах переноса собственная личность аналитика испытывает похожие изменения и искажения и т. д. Чем глубже перенос погружает аналитика в детство пациента, тем более возрастает его убеждение, что даже в инфантильные времена решающую роль играет внутренний мир индивида, а не окружающий его внешний мир.

По указанным причинам аналитик, работающий со взрослыми, непоколебимо верит в примат психики над реальностью. Даже допускаемые им ошибки в оценках обычно соответствуют этой установке: он склонен рассматривать все переживания пациента только в свете сопротивления и переноса и отказывать им в каком-либо реальном значении, даже если оно существует.

В детском анализе ситуация противоположна. Чем младше ребенок, тем определеннее он подвержен влияниям объективного мира. Ежедневное поведение и симптоматика ребенка легко объясняются родительской заботой или пренебрежением; отношениями, основанными на любви или отсутствии любви; переоценкой или недооценкой либо даже сразу гармонией или дисгармонией супружеской жизни родителей. Даже символический материал, получаемый во время анализа (определенные игровые действия и т. п.), происходит не только из собственных фантазий ребенка. В нем содержатся сообщения о семейных событиях, о том, в какие ночи у родителей были половые сношения или когда произошла домашняя ссора, они символизируют патологию и симптоматику родителей и т. д. Если детский аналитик ограничится лишь внутренним миром ребенка, он потеряет много ценного материала, относящегося к внешнему миру (см. также 12, о "предающих жестах" ребенка). Даже при работе с детьми более старшего возраста, анализ которых проводится уже не в форме игровых действий, часто можно увидеть, какую огромную роль играют внешние события дня. В этих случаях, правда, уместнее говорить о защите

внутренних процессов, которая является одной из многочисленных форм сопротивления.

Детскому аналитику чрезвычайно важно не дать практическому опыту ввести себя в теоретическое заблуждение. Неверно заключать, что изменения внешних условий достаточно для устранения инфантильных нарушений (это справедливо разве что для самых маленьких детей). Верящие в одностороннее терапевтическое влияние факторов внешнего мира верят и в их одностороннее патогенное влияние — а это воззрение противоречит психоаналитическому пониманию проблемы. Напротив, изучение неврозов и других психических нарушений убеждает в том, что патогенные влияния обязательно двусторонни, т. е. действуют и внутри, и снаружи, и что только их взаимодействие порождает длительные патологические состояния психического аппарата, устранить которые можно лишь обращением к психическим инстанциям и изменением соотношения сил между "оно", "я" и "сверх-я".

Работая со взрослыми, мы получаем так много обособленных свидетельств о примате психической реальности над внешней, что подчас забываем о реальных лишениях, потерях, разочарованиях и т. п. событиях, играющих роль катализаторов при возникновении заболевания. В детском анализе перед нами противоположная трудность: свидетельства о силе воздействия внешних влияний настолько впечатляют, что мы упускаем из виду, что только взаимодействие между внешним миром и врожденными или приобретенными позициями и установками "я" ведет к патологии.

Специалисту, работающему как с детьми, так и со взрослыми, знакомы обе проблемы. Ему поэтому легко придерживаться точки зрения, этиологически сформулированной Фрейдом как скользкая последовательность внутренних и внешних влияний: существуют люди, чья "сексуальная конституция не привела бы их к неврозу, если бы они не пережили... некоторый (определенный. — А.Ф.) опыт, но он также не дал бы травматического эффекта, если бы их либидо было организовано по-другому" (52, с. 347).

Аналитическая работа с детьми дает возможность исследовать, насколько внутренние или внешние факторы, выходя за определенные рамки, могут оказывать патогенное влияние. Такого рода материал представляют, с одной стороны, дети с врожденными нарушениями психического аппарата, т. е. с внутренней невозможностью нормального развития (слепота, глухота, увечья и т. д.); с другой — травмированные (осиротевшие или находящиеся под влиянием психически больных родителей) дети, не имеющие внешних условий для нормальной детской жизни. Те или иные отклонения от нормального развития при этих обстоятельствах неизбежны. Но даже такой материал подтверждает одно: можно говорить только о взаимодействии внешних и внутренних факторов, т. е. о реакциях определенной конструкции психики на определенные влияния среды.

## НОРМАЛЬНОЕ ДЕТСКОЕ РАЗВИТИЕ (СПОСОБЫ И ОЦЕНКИ)

### **I. РАННЕЕ ДИАГНОСТИРОВАНИЕ ПАТОГЕННЫХ ВЛИЯНИЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА**

Официальные психоаналитические институты преподают детский анализ, нацеленный исключительно на оказание терапевтической помощи психически больным детям. Будущий детский аналитик учится реконструировать самое раннее прошлое своего пациента и сводить симптомы к их истокам. Но он безоружен перед задачами оценки потенциального воздействия патогенных влияний; определения состояния психического развития ребенка; предсказания направления развития; изменения внешних жизненных обстоятельств ребенка; контроля за воспитательной деятельностью родителей — другими словами, перед задачей предотвращения неврозов, психозов и диссоциального развития.

Поворот от практической терапии к теории, к вопросам воспитания обуславливает и поворот заинтересованности аналитиков от патологии к норме. Психоаналитическое изучение нормальных процессов достигло в последние десятилетия больших успехов, которыми мы в первую очередь обязаны достижениям в области психоаналитической детской психологии, в частности работам Х. Хартмана и Э. Криза. Во взрослом анализе понятие нормы играет особенно важную роль и всегда подвергается придирчивым сомнениям, когда речь заходит об оценке результатов анализа ("нормальные" работоспособность и сексуальная состоятельность). В противоположность этому Детского аналитика с самой первой встречи с ребенком инте-

решает вопрос о его нормальности, т.е. о его нормальном или отклоняющемся от нормы развитии.

В одной из своих ранних работ (1945 г.) я рассказала о том, что уровень развития может быть оценен, и о том, как определить, нуждается ли ребенок в лечении. Там же показано, как на основе последовательности фаз развития либидо, с одной стороны, и последовательности развития функций "я", с другой, можно оценить состояние развития инстинкта, "я" и "сверх-я" с точки зрения возрастного состояния, раннего или позднего созревания. Правда, то, что диагност узнает по этому поводу, относится в первую очередь к прошлому пациента и к его патологии и только отчасти — к нормальным процессам развития. Насколько очевидными становятся инфантильные конфликты и основанные на них компромиссы, настолько постепенное приспособление ребенка к внешнему миру, его жизнеспособность и перспективы остаются загадочны.

#### *Перевод внешних событий на язык психического опыта*

Почувствовав доверие к детскому аналитику, родители и воспитатели ждут от него ответа на бесконечное число вопросов. То, что корни большинства проблем следует искать в обычной повседневной семейной или школьной жизни, не является основанием для перекладывания ответственности за них на несведущих в анализе лиц — воспитателей детских садов, учителей, детских врачей, медицинских сестер, опекунов и т. п. Напротив, мы все сильнее убеждаемся в том, как много может дать психоаналитическая теория при условии ее правильного применения.

Итак, компетентный аналитик может и должен решить, следует ли молодой матери одной ухаживать за своим младенцем; не вредит ли его развитию помощь няни; является ли жизненно важным, чтобы мать не разлучалась с ребенком, даже если это необходимо ради старшего ребенка, супруга, собственных родителей и т. п.; в каком возрасте можно впервые разлучить ребенка с матерью, чтобы не причинить ему вреда. Есть и другие вопросы. В чем преимущества или

недостатки грудного и искусственного вскармливания? Строгий или свободный режим кормления грудного ребенка следует предпочесть? В каком возрасте лучше всего начинать приучать к опрятности? Когда мать перестает быть единственной, то есть когда другие взрослые или дети начинают играть роль в жизни маленького ребенка? В каком возрасте можно поступать в детский сад? Необходимы ли хирургические вмешательства (например, тонзиллэктомия) и в каком возрасте они лучше всего переносятся? Какие дети чувствуют себя лучше в свободных школах, а какие нуждаются в строгой учебной дисциплине? Какой возраст подходит для сексуального просвещения? Какова оптимальная разница в возрасте у детей в семье, и в каком возрасте лучше всего переносится рождение младшего брата или сестры? Как родители должны относиться к аутоэротике, следует ли предоставлять ребенку свободу сосать палец, мастурбировать и т. д.? Распространяется ли такая свобода на сексуальные игры детей друг с другом? Какую позицию занять, если ребенок проявляет агрессивность? Когда сообщить усыновленным детям о том, что их усыновили, и что именно им нужно знать об их настоящих родителях? Что предпочесть — обычную школу или интернат? Нужно ли подросткам оставлять семью, как только они внутренне, т. е. интуитивно, начинают отдаляться от родителей?

И по каждому из этих вопросов, даже самых простых, перед детским аналитиком стоят две задачи. И первое, что необходимо сделать, — это привить родителям взгляд, что не существует единых ответов для всех, а есть только такие, которые подходят конкретному ребенку, его особенной личности и особенному состоянию его развития; что возраст развития ребенка не всегда совпадает с его календарным возрастом, как бы ни были родители в этом уверены; что различия между детьми в темпе эмоционального развития и социального приспособления не меньше, чем в физическом и интеллектуальном развитии, и потому к разным детям следует предъявлять разные требования.

Вторая, еще более сложная задача — это введение родителей в чуждый им эмоциональный мир ребенка. Планы и намерения относительно ребенка, представляющиеся родителям разумными и соответствующими внешнему состоянию дел, сам ребенок переживает в духе своей психической реальности, т. е. на основе соответствующих его развитию конфликтов и страхов. И аналитику выпадает роль своеобразного посредника, переводчика, который показывает родителям, как выглядят их требования на языке детских комплексов, разъясняет им фантастические, окольные пути инфантильного способа мышления.

### *Четыре области различий между детьми и взрослыми*

Существует несколько областей в мышлении ребенка, в которых зарождается непонимание действий взрослых.

1. *В области объектных* отношений маленькие дети отличаются своей *эгоцентричностью*. В фазах первичного нарциссизма и любви по опорному типу ребенок хотя и нуждается в матери больше, чем в более поздние периоды жизни, но использует ее исключительно для удовлетворения отдельных потребностей, не осознавая ее в качестве самостоятельной личности. Что бы ни происходило с матерью, ребенок в этой фазе занят только своей собственной персоной. Уделение матерью внимания другим членам семьи, ее интересы, ее домашние и служебные заботы, изменения ее настроения, болезнь или даже смерть переживаются ребенком как выпавшие на его долю лишения. Рождение следующего ребенка означает для малыша лишь то, что мать ему неверна, т. е. испытывает к нему неприязнь, на что он со своей стороны отвечает враждебностью, эмоциональной холодностью, повышенной требовательностью или другими сложностями.

2. *В сексуальной области* в силу незрелости гениталий ребенок переводит половые отношения родителей на язык своей собственной прегенитальности. Из этого возникает ошибочное понимание полового акта родителей как грубого нападения отца на мать и основанные на этом все сложности идентификации мужских и женских партнеров в роли агрессора и

жертвы, что ведет к более поздней неуверенности в сексуальной идентичности подрастающего индивида. В незрелости сексуального аппарата в детстве следует искать причину и известного неуспеха сексуального просвещения. Родители стараются передать ребенку чисто интеллектуальные знания, ребенок же отвечает соответствующими его физическому и эмоциональному опыту "инфантильными сексуальными теориями", в которых гениталии замещаются ртом или анусом, естественная женская роль — кастрацией и жестоким обращением партнера-мужчины.

3. В инфантильном *образе мыслей* существуют не только качественные, но и количественные различия, поскольку вторичные процессы по сравнению с первичными у детей относительно слабы. Маленькие дети могут быть поразительно "благоразумными". Например, во время болезни они "понимают" необходимость врачебного вмешательства, приема невкусных лекарств, диеты и т. д. Но, к разочарованию родителей, эти установки ненадежны. Чем ближе визит врача или внушающая страх операция (чем сильнее страх), тем "неблагоразумнее" ведет себя ребенок, т. е. первичный образ мышления берет верх над вторичными мыслительными процессами: необходимое хирургическое вмешательство трансформируется в фантазии ребенка о намерении врача повредить его тело; больничная койка кажется тюрьмой; диета — лишением еды в качестве наказания. А сами родители, допускающие такое обращение (в их присутствии или отсутствии), превращаются в фантазиях ребенка из защитников в объект ненависти, гнева и ярости.

4. Еще одно важное различие между детьми и взрослыми касается ориентации во времени. Для оценки человеком течения времени весьма важно, исходит его измерение из инстинктивных процессов или из "я". Инстинктивные побуждения по своей природе не выносят никаких отсрочек, они "нетерпеливы" в стремлении к удовлетворению. Ожидание и терпение принадлежат процессам "я", характерны для них и только постепенно вводятся в психический аппарат (путем включения мыслительных процессов). Взрослый измеряет время по-

средством своего "я", привлекая объективные вспомогательные средства, такие, как часы и календарь. Дети, напротив, измеряют время на основе субъективных инстинктивных процессов, т. е. своих потребностей и желаний. Чувство голода дает им основание судить, что промежуток между приемами пищи "слишком долг", даже если мать пунктуально придерживается предписанного режима. В состоянии разлуки, тоски, например, в больнице, каждый промежуток времени может казаться "бесконечным", даже если по оценкам взрослых он "короткий". Слишком часто то, в состоянии или нет ребенок что-то вытерпеть, полезно это ему или вредно, оценивается исключительно с помощью чуждого ребенку масштаба взрослых, а не с точки зрения зрелости или незрелости его "я".

И если дети естественным образом переводят действия родителей на свой собственный чувственный язык, то родители так же естественно, на основе взрослого образа мыслей, не понимают и недооценивают переживания детей. Сведения родителей о психической предыстории их детей являются поэтому ненадежными, неполными и просто вводят в заблуждение.

Родители, приводящие своих детей на клиническое обследование (случаи из практики Хэмпстедской детской клиники), например, упоминают между прочим, что грудной ребенок "не сразу взял грудь", что он после недолгой отлучки матери "некоторое время ничего не хотел о ней знать"; либо, если мать болеет, "никого другого к себе не подпускает"; что он осваивается в больнице только тогда, "когда минует первый страх".

Инцидентам такого рода обычно не придают значения. Однако при более детальном аналитическом рассмотрении они очень часто оказываются важными поворотными точками в эмоциональной жизни ребенка, теми самыми травмами, от которых берут свое начало страхи, патологические изменения, чувство неполноценности, задержки развития и прочие симптомы.

## II. КОНЦЕПЦИЯ ЛИНИЙ РАЗВИТИЯ

Для того чтобы полнее ответить на вопросы родителей, касающиеся развития детей, необходимо внешние проявления перевести на язык психики. Как уже говорилось, это невозможно сделать, если рассматривать развитие инстинктов и "я" по отдельности, так, как мы это делаем в аналитической практике или в теоретических разработках. До сих пор мы прослеживали последовательность развития только одной какой-либо части личности. Например, развитие сексуального инстинкта мы определяем последовательностью либидозных фаз (оральная, анально-садистическая, фаллическая, латентная, предпубертатная, пубертатная, генитальная). Формы проявления агрессивного инстинкта, как мы считаем, последовательно подчинены либидному развитию (кусание, плевание, желание присоединения как оральная агрессивность; причинение боли, разрушение, жестокость как проявления анального садизма; властолюбие, хвастовство, зазнайство на фаллической стадии; диссоциальные начала при предпубертатности и пубертатности и т. д.) Для "я" существуют стадии развития здравого смысла и приблизительная хронология защитных механизмов; для "сверх-я" — последовательность идентификации с родительскими объектами и поступательные интернализации родительского авторитета. Для оценки интеллектуального развития аналитик использует тестирование, принятое в традиционной психологии.

Этот по своей сущности односторонний способ рассмотрения, соответствующий установке анализа, оказывается, однако, непригодным, когда целью является не лечение или теоретические изыскания, а развитие и воспитание, в которых задействованы не отдельные части, а весь душевный аппарат в целом. А вот что для этой сферы действительно необходимо, так это знание основ взаимоотношений между инстинктами и "я", установление их закономерностей на различных возрастных ступенях и стадиях развития. Естественно, эти закономерности легче всего выявлять при основательном изучении

рассматриваемых влияний на обе стороны личности — например, развитие сексуальности и агрессивности со стороны инстинктов и развитие объектных отношений со стороны "я", из которых затем формируется любовная жизнь человека, в свою очередь информируя о достигнутой им в этом плане зрелости или незрелости, нормальности или ненормальности.

Благодаря полученным психоаналитической детской психологией данным сегодня мы располагаем достаточными основаниями, чтобы представить подобные линии развития и для других составляющих детской личности. Наша задача при этом остается прежней: проследить, как взаимодействуют "я" и "оно", как личность постепенно овладевает внутренним миром и приспосабливается к внешнему миру и как побуждения и фантазии медленно теряют силу и отходят на задний план, давая место овладению побуждениями разумом.

Линии подобного рода можно построить для необозримого количества областей жизнедеятельности. Например, для области приема пищи — начиная с младенческой стадии и до рационального питания взрослых; для области опрятности — от первоначальной борьбы до автоматического овладения функциями опорожнения; для области физической гигиены — от зависимости от ухаживающего до самостоятельности; для отношения к товарищам — от эгоизма и безразличия до дружбы и способности отвечать взаимностью; от развлечения с собственным или материнским телом и от "переходных объектов" (118) до игр с игрушками и начала выполнения полезных действий.

Прохождение этих последовательных стадий в каждом отдельном случае является результатом взаимодействия между процессами развития инстинктов, "я" и "сверх-я" и реакции на влияния внешнего мира, т. е. между созреванием, структуризацией и приспособлением. Выстроенные нами линии развития ни в коей мере не являются теоретическими абстракциями. Напротив, будучи сопоставлены, они отражают достаточно близкую к истине картину развития личности ребенка — его достижений или, наоборот, неудач.

### *Прототип линии развития:*

*от инфантильной зависимости к эмоциональной  
самодостаточности и объектным отношениям*

Прототипом всех прочих линий развития стала одна, базовая, с самого начала привлекающая к себе внимание аналитиков. Она прослеживает путь от полной зависимости от материнской заботы новорожденного к эмоциональной и материальной самостоятельности молодого человека. На этой линии видно, как успешное преодоление различных стадий развития либидо (оральной, анальной, фаллической) формирует зрелую личность. Стадии этой линии достаточно хорошо изучены на основании как анализа взрослых, так и работы с детьми (психоанализа и непосредственного наблюдения). Достаточно упрощенно они выглядят так.

I. *"Биологическое единство" (симбиоз) матери и ребенка в начале жизни* — фаза, в которой нарциссизм матери распространяется на ребенка, а ребенок в свою очередь включает мать в свою "нарциссическую среду" (73). Этот период можно разделить (91) далее на аутический (симбиотический) и период, в котором разнонаправленное воздействие оказывают страх разлучения и желание самостоятельности. Каждое из этих направлений развития грозит множеством характерных для данной стадии нарушений.

II. Период *"частичных объектов" (%), или любовь "по опорному типу"* — предварительная ступень объектных отношений, на которой выбор объекта регулируется еще не "я", а потребностями и инстинктивными побуждениями. Либидное заполнение объекта возникает вследствие возникновения какой-либо потребности и исчезает, как только она удовлетворена.

III. *Стадия объектных отношений* в собственном смысле слова, на которой заполнение либидо не зависит от удовлетворения потребностей и остается константно направленным на определенную личность.

IV. *Амбивалентные отношения анально-садистической фазы*, на которой либидо и агрессивность направлены на один и тот же объект.

V. *Эдипальная (фаллическая) фаза*, в которой ребенок делает целью своих сексуальных желаний либо обоих родителей, либо одного из них, а с другим начинает соперничать; на этой стадии любопытство, хвастовство, выставление себя напоказ выдвигаются на передний план поведения; у девочек эдипов комплекс начинается с мужского, направленного на мать стремления, которое затем переходит в направленную на отца женскую установку.

VI. *Латентный период*, в котором затухают прегенитальные побуждения инфантильной сексуальности, эдипов комплекс проходит, и по большей части отступают либидозные заполнения родителей, направляясь теперь на ровесников, учителей, лидеров групп, кумиров, неличностные идеалы, на какие-либо сублимированные интересы; разочарование в идеальном образе родителей выражается в это время в интенсивных фантазиях ("семейный роман", "фантазии близнецов" и т. д.).

VII. *Предпубертатность* — предварительная ступень пубертатности, в которой утратившие актуальность желания и установки инфантильной жизни обнаруживаются по-новому.

VIII. *Пубертатная фаза*, на которой перед юной личностью стоит двойственная задача: с одной стороны, освободиться от эдипальных объектов, с другой — добиться того, чтобы генитальные зоны овладели прегенитальными нарциссическими побуждениями. Пубертатность заканчивается, когда этот шаг совершается и происходит либидозаполнение нового, гетеросексуального объекта за пределами семьи.

Несмотря на то что многое в выстроенной нами линии развития давно и хорошо знакомо аналитикам, при ее применении на практике нередко возникают неожиданности. В целом же она поможет точно установить, чего следует ожидать от ребенка на той или иной стадии развития.

Например, удалось понять, почему на широко обсуждаемый в последние годы вопрос о том, должна ли мать разлучаться с ребенком, нет однозначного ответа. Взгляд на линию развития показывает, что на каждой ступени разлука воспринимается ребенком по-разному. Если ребенок разделен с ма-

терью в фазе биологического единства (I), неважно, по какой причине, мы наблюдаем как результат вспышку страха и страдания у ребенка, т. е. разлуку в собственном смысле слова (16). Если мать недостаточно исправно выполняет роль источника удовольствий (II), возникают нарушения индивидуализации (91), анаклитические депрессии (110), другие неприятности (3): чересчур раннее развитие "я" (76) или так называемое "фальшивое "я"" (119). Если любовные стремления ребенка в анально-садистической фазе (IV) не находят подходящего объекта или если объект ненадежен, процесс смешения либидо и агрессивности нарушается или даже ведет к агрессивно-деструктивным последствиям, когда уже никакое воспитательное воздействие невозможно (36).

Разлучение ребенка с объектом его любви на третьей и выше ступенях переносится легче, чем на низших. Чем надежнее закрепились константные объектные отношения ребенка, т. е. чем независимее они от физического присутствия или отсутствия известной персоны и исходящих от нее удовлетворения или отказов в удовлетворении, тем дольше может длиться разлука с ней, не приводящая к травме. Различные же остановки на линии развития могут указать на возможное воздействие пребывания в больнице, отсутствия родителей, поступления в детский сад и т. п., то есть на такие события, которые нельзя предположить, исходя лишь из хронологического возраста ребенка.

Из этой же линии развития можно сделать дальнейшие практические выводы:

яростное "цепляние" маленького ребенка за мать (IV) есть следствие преэдипальной амбивалентности, а не типичное поведение "избалованного" ребенка, как это часто квалифицируется;

родители заблуждаются, если в преэдипальной фазе (перед концом IV) ожидают от ребенка взаимного чувства. Это возможно лишь на пятой стадии;

ребенок не в состоянии стать членом какой-либо компании раньше, чем он перенесет часть своего либидо с родите-

лей на товарищей (VI); в случаях, когда период эдипова комплекса затягивается и стадия V продлевается вследствие инфантильного невроза, появляются затруднения приспособления к компании, недостаточный интерес к школьной жизни, типичные школьные страхи и сильная тоска по дому;

усыновленные дети испытывают особые трудности в латентный период (VI), когда все дети, разочаровываясь в родителях, переживают "семейный роман", т. е. фантазии, будто они не дети собственных родителей; в ряде случаев эти переживания возрастают до мучительных страданий;

сублимации, которые впервые появляются в эдипальной фазе (V) и достигают полного развития в латентный период (VI), в предпубертатности (VII) обычно пропадают, и это не следствие просчетов в воспитании или неправильного развития, а соответствующая развитию регрессия на более ранние стадии (II, III, IV);

бесполезно бороться с отдалением от семьи молодого человека (VIII), так же как бесполезно пытаться ослабить связь ребенка с матерью на стадии I или запрещать аутоэротические действия на стадиях I—IV и VII.

### *Другие линии развития телесной самостоятельности*

То, что в человеческом развитии физическое "я" предшествует всем другим сторонам развития "я", еще не значит, что ребенок достигает своей телесной (физической) самостоятельности раньше, чем независимости от родителей в эмоциональном и моральном отношениях. Напротив, нарциссическая установка всех матерей по отношению к детскому телу всегда порождает ответное чувство телесного единства с матерью; неразличение телесных и личностных границ; а также то, что в начале жизни внутреннее и внешнее различается не на основе восприятия объективной реальности, а на основе переживания удовольствия и неудовольствия. Маленький ребенок обращается (иногда жестоко) с грудью, лицом, рукой или волосами матери, как будто это части его собственного тела; одновременно он ожидает от нее, чтобы она чувствова-

ла его голод, его усталость, его желания или неудовольствие как свои собственные. Чем в большей степени ребенок в совсем раннем детстве находится под влиянием телесных потребностей, побуждений и их производных, тем менее он властен над разновидностями и количеством их удовлетворений; единственным исключением является аутоэротика, которая позволяет ему проявлять умеренное количество самостоятельности по отношению к внешнему миру. Остальные телесные функции, связанные со сном и приемом пищи, опорожнением и гигиеной тела, предотвращением болезней и несчастных случаев и т. п., должны пройти долгий путь развития, прежде чем контроль над ними перейдет от матери к самому подрастающему человеку.

### *От грудного вскармливания ребенка к рационированному питанию*

Проходит несколько лет, прежде чем ребенок обретает способность самостоятельно удовлетворять свою потребность в еде, т. е. регулировать свое питание на основе собственного голода, собственных пристрастий и антипатий по отношению к количеству и виду блюд, не руководствуясь при этом ни своим отношением к воспитателю, ни своими осознанными или неосознанными фантазиями. Стадии развития здесь приблизительно следующие.

I. Собственно *стадия грудного вскармливания*, независимо от того, кормят ребенка грудью или из бутылочки, регламентированная более или менее строгим режимом, т. е. либо по часам, либо когда младенец проголодается. Нарушения в распорядке дня возможны частично из-за нормальных колебаний потребности в пище и кишечной деятельности ребенка, частично из-за материнских установок или опасений, связанных с процессом кормления. Подчеркнуто нетерпеливое ожидание времени кормления, слишком обильное или, наоборот, недостаточное питание, насильственное кормление отвергаемой едой мешает процессу удовлетворения и создает первые, часто продолжающиеся до позднего детства сложности с питанием.

От вызванного процессом питания орального удовольствия неотделимо удовольствие сосания пальца как независимое аутоэротическое занятие либо как предварение, сопровождение, замена или помеха приема пищи.

II. *Отнятие от груди* или бутылочки либо по инициативе самого ребенка, либо по инициативе матери. В последнем случае от того, насколько осторожно это сделано, зависит, станет ли ребенок протестовать против лишения орального удовольствия и приобретет ли он нарушения питания. Введение твердой пищи часто связано с трудностями. Новый вкус и непривычную консистенцию пищи некоторые дети приветствуют, но многие отвергают.

III. *Продвижение от кормления к самостоятельному приему пищи* при помощи руки, а затем ложки. Психологически значения слов "мать" и "питание" на этой ступени еще не разделены.

IV. *Самостоятельное питание* с использованием ложки и вилки. Разногласия между ребенком и матерью о количестве пищи часто переносятся на формы принятия пищи, т. е. на "манеры за столом". Сложности в отношениях матери и ребенка проявляются на этой стадии в виде страсти к сладкому. Нежелание есть какие-либо блюда как результат воспитания опрятности, т. е. на основе приобретаемого отвращения — реактивного образования, которое сдвигается с анальной на оральную область.

V. На *эдипальной ступени* психологическое равенство "питание — мать" отходит на задний план, его место занимают происходящие из инфантильных сексуальных теорий фантазии: фантазия о возможности забеременеть через рот (боязнь яда), фантазия беременности (боязнь увеличения веса) ведет к отказу от еды; фантазия анального рождения — к нарушениям приема пищи и опорожнения кишечника. Реактивные образования против вытесненного каннибализма и садизма отчетливо прослеживаются в выборе пищи.

VI. В латентный период сексуализированность процесса питания уменьшается, а удовольствие, получаемое от еды, уве-

личивается. Разумная позиция "я" по отношению к питанию усиливается за счет ослабления инстинктивных влияний и постепенно достигается полная самостоятельность. Как наследство предыдущих периодов развития на всю жизнь остаются индивидуальные предпочтения и отвращения к каким-либо видам еды, а также пристрастие к алкоголю или наркотикам.

На основе этой линии развития можно сделать различного рода выводы.

То, как маленький ребенок на второй стадии воспринимает отнятие от груди и новую пищу, особенно интересно для диагноста. Здесь индивид впервые проявляет свою консервативность либо, наоборот, стремление к прогрессу, склонность отвергать каждое изменение как угрожающее привычному удовлетворению желаний или расположенность приветствовать новое как желанную перемену. Воля к переменам или отстаивание традиции легко переносятся из сферы приема пищи на другие области развития.

Приравнивание питания к матери, столь важное для первых четырех стадий развития, объективно подтверждает то, что матери с давних пор чувствовали субъективно, а именно — что каждый отказ маленького ребенка от еды оборачивается враждебным побуждением, которое затем переходит в обидчивость и негативные установки. Это подтверждается и тем, что многие нарушения в питании исчезают, когда вместо матери пищу дает кто-либо более или менее безразличный. Дети, которые у себя дома едят плохо, часто без осложнений едят в детском саду, в больнице или в гостях. Однако в присутствии матери все сложности немедленно возвращаются. Отсюда ясны и причины, почему почти каждое травмирующее разлучение с матерью имеет последствия для приема пищи. В состоянии страдания от разлуки ребенок может и полностью отказаться от пищи (он отклоняет всякий "заменитель" матери) или же, наоборот, проявлять чрезмерную жадность в еде (символическая замена материнской любви оральным удовлетворением).

Сложности с питанием на пятой стадии, как показано выше, являются выражением конфликтов между внутренними инстан-

циями (а не с объектом внешнего мира) и как таковые независимы от присутствия или отсутствия матери. Следовательно, нужно особое внимание при постановке диагноза, если в этот период налицо осложнения с питанием.

С истечением шестой фазы завершаются инфантильные сложности с питанием. Взрослое самоопределение относительно питания не оставляет места для внешних конфликтов в этой области, сохраняются только внутренние противоречия. Чувство голода, желание поесть может вступать в конфликт с латентными, происходящими из вытесненного бессознательного отвращением к тем или иным блюдам, определенным привычкам и ритуалам питания и т. д. Нередко пубертатность остается коротким периодом нормального приема пищи — между детскими сложностями с питанием и невротическими желудочно-кишечными нарушениями взрослых.

*От непроизвольного пачканья пеленок  
к опрятности и пользованию горшком*

В отличие от двух описанных выше линий развития здесь речь пойдет не о поддержании инстинктивных производных и их постепенном переводе с неограниченного, спонтанного на ограниченное инстинктивное удовлетворение, а о замещении отдельных инстинктов (уретрального, анального) их противоположностью, а стало быть, о выработке реактивных образований. Борьба между инстанциями "оно", "я", "сверх-я" и внешним миром становится при этом особенно отчетливой.

I. Первая фаза — полная спонтанность опорожнения мочевого пузыря и кишечника. Как долго она длится, зависит не от присущих новорожденным процессов созревания, а от обычаев, привычек и врачебных предписаний, под влиянием которых находится мать. Сегодня налицо следующие различия: в одних странах и социальных слоях воспитание опрятности начинается через несколько дней после рождения (держание младенца над горшком, выработка условного рефлекса); в других такое воспитание откладывается до второго или третьего года жизни (до развития объектных отношений и овладения своим "я").

II. Вторая фаза основывается не на влиянии внешнего мира, а на процессах созревания. С переходом от оральной к анальной фазе развития увеличивается либидозное заполнение тела, а потому и сопротивление малыша любому вмешательству в эти ставшие для него такими важными процессы. Содержимое желудка в это время представляется ребенку очень ценным, он готов расстаться с ним только "ради матери", в качестве подарка для нее. В то же время опорожнение желудка приобретает и агрессивное значение и служит своеобразным оружием для выражения досады и разочарования по отношению к матери.

Нормальная для анально-садистической фазы эмоциональная амбивалентность инстинктивно выражается в двойственном замещении телесных продуктов (посредством либидо и агрессивности) и двойственной эмоциональной установке к матери (чередование любви и ненависти). Со стороны "я" возникает любопытство к телесным внутренностям, желание играть с водой, песком и пластилином, удовольствие от опорожнения переполненных сосудов и т. п.; агрессивные сопутствующие явления: стремление получать все в собственность, ломать, разрушать и т. п.

Внешние условия и здесь играют огромную роль. Насколько все маленькие дети похожи, пока дело касается рассмотрения инстинктивных "я"-процессов, настолько в этой фазе каждая личность развивается по-разному, что в конечном счете зависит от действий няни или воспитателя и от приспособления ребенка к ним. Некоторые матери остаются связанными с внутренними анальными побуждениями своих детей не меньше, чем до этого с оральными желаниями; им удается играть роль посредника между стремлением ребенка к грязи и требованием соблюдать чистоту, исходящим от внешнего мира, и постепенно и снисходительно воспитывать у ребенка умение контролировать соответствующие мышцы (сфинктер). Для других матерей, в силу их собственных вытеснений анального, реактивных образований, отвращения, опрятности и аккуратности, такое поведение невозможно. И тогда воспитание опрят-

ности принимает самые неожиданные формы. Мать со всей строгостью настаивает на своем требовании опорожняться в определенное время и в определенном месте, а ребенок так же упрямо и бескомпромиссно защищает свое право на самоопределение относительно мочи и кала. Эта борьба отрицательно сказывается, с одной стороны, на объектных отношениях между матерью и ребенком, а с другой — на характере ребенка (упрямство, заостренность реактивных образований, навязчиво-невротические склонности).

III. На третьей фазе ребенок перенимает установку окружающего мира на опрятность, идентифицирует себя с ней, ощущает ее как свою собственную. Овладение процессами опорожнения становится простейшим "сверх-я" по моральной сути; борьба за него продолжается далее в форме внутреннего конфликта между анальными и уретральными побуждениями и направленными против них механизмами защиты. В конце концов появляются отвращение к грязи, аккуратность в качестве гарантий против возвращения вытесненного. С регулярностью опорожнения желудка "я" приобретает такие свойства, как пунктуальность, добросовестность, надежность. Высокое оценивание телесного содержания сдвигается на другие области и интересы, такие, как накопление, собирание и т. п. И это уже значительное преобразование прегенитальных анальных и уретральных инстинктивных производных. Если преобразование проходит постепенно и без потрясений, оно становится источником значительного самообладания, которое придает индивидуальному характеру желательную твердость.

В то же время нельзя забывать, что приобретения такого рода основываются на идентификациях и интернализациях, и как таковые их можно числить в активе личности лишь после истечения эдипального периода. В преэдипальное время (особенно к началу третьей фазы) контроль "я" над анальными процессами еще зависит от положительности и стабильности объектных отношений. Например, ребенок, уже приученный пользоваться горшком или уборной в собственном доме, не

переносит автоматически эту способность на чужие, непривычные обстоятельства и вспомогательные средства.

При недовольстве матерью, разлуке с ней или чем-либо подобном дети могут как отказаться от благоприобретенной любви к чистоте, так и вернуться к использованию процесса опорожнения как средства агрессии. В обоих случаях взрослые недоумевают, почему вдруг ребенок перестает пользоваться горшком.

IV. Лишь в четвертой фазе овладение сфинктером достигает окончательной надежности. После истечения эдипального периода рассматриваемые установки уже не зависят от объектного мира и отношения к нему и достигают уровня нейтрализованных, автономных содержаний "я" и "сверх-я" (70).

#### *От безответственности к ответственности за свое тело*

Чувство ответственности за собственное тело устанавливается не быстрее, чем самостоятельность ребенка в питании и овладении опорожнением. Как было показано ранее (39), ребенок перекладывает на "добрую" маму ответственность за свое тело и заботу о своей безопасности и здоровье, оставляя за собой привилегию беззаботности, безрассудства или даже безрассудной отваги в этом отношении. Только в отсутствие матери, если ее физически нет рядом или же она недостаточно заботится о ребенке, он начинает обращать внимание на свое здоровье и безопасность, играть сам с собой в "дочки-матери", нянчиться с собой, будто ипохондрик.

Как ни скудны наши знания в этом отношении, возможно все-таки установить некоторые стадии на этой линии развития.

I. В качестве первой ступени (первые месяцы жизни) можно выделить поворот агрессивности изнутри вовне. Это изменение жизненно важно, оно ограничивает причинение вреда своему собственному телу (царапание, кусание и т. п.), оставляя лишь минимальные отголоски на более поздний возраст. (Такие остаточные состояния не следует смешивать с более поздним "обращением агрессивности против собственной лич-

ности", которое соответствует не какой-либо задержке в развитии, а защите "я".) Шаг в развитии, который мы здесь видим, основан, с одной стороны, на выработке защиты против боли. С другой же — пробуждающаяся любовь к своему телу (нарциссическое либидо) является как бы взаимностью, которой ребенок отвечает на любовь матери к его телу (72). Ребенок начинает ценить и беречь свое тело в той степени, в какой его любит мать.

II. Следующее продвижение целиком связано с развитием "я". Ориентация на внешний мир, начало осознания причинно-следственных связей, овладение опасными импульсами в целях приспособления к реальности соединяют свои влияния с ранее приобретенными и как бы перенимают от матери задание беречь ее ребенка от внешних опасностей, таких, как огонь, вода, падение с высоты и т. д. Как ни важны эти функции "я" для предотвращения несчастных случаев, наивно полагаться на то, что они разовьются у всех обязательно и в одно и то же время. Если развитие той или иной функции замедлено, ребенок так и остается под угрозой, т. е. неподобающе долго остается зависимым от материнской опеки.

III. Самостоятельность в этой области не достигается, пока дети не будут в состоянии понять самые основные гигиенические и медицинские предписания и подчиняться им сознательно и без сопротивления. Дети, правда, сравнительно рано узнают, что не все съедобно, что переедание имеет неприятные последствия и что необходимо содержать тело в чистоте, но знания этого рода приобретаются скорее за счет индивидуальных оральных и анальных побуждений, чем принадлежат к описываемым нами линиям развития. Родителям и воспитателям, во-первых, важно быть внимательными, дабы предотвратить болезни, а во-вторых, если ребенок все же заболел, соблюдать врачебные предписания относительно приема лекарств, постельного режима и диеты. Детям в этой фазе чужда озабоченность по поводу своего тела, у них еще отсутствует и чувство вины, и страх кастрации. Они ведут себя так, будто ничто не может повредить им, считают себя вправе устремляться на-

встречу опасности и предоставляют матерям привилегию обеспечивать или восстанавливать их здоровье и безопасность. Подрастая, ребенок постепенно освобождает мать от этой ее роли, от необходимости защищать его тело и ухаживать за ним и тем самым окончательно устраняет последние остатки первоначального телесного симбиоза между ним и матерью.

### *Еще два примера линий развития*

Обе рассматриваемые ниже линии развития можно расценивать лишь в качестве примеров. На основании конкретных наблюдений аналитику нетрудно восстановить дальнейшую последовательность ступеней такого рода полностью; реконструкция прошлого, получаемая в ходе анализа взрослых, подходит для этого не менее, чем непосредственное наблюдение отдельных примеров развития детей.

### *От эгоцентризма к дружбе и участию в сообществе людей*

В отношениях детей с их товарищами мы различаем следующие фазы:

I. Сначала маленький ребенок по сути своей эгоцентрик и настроен только на себя самого и свои нарциссические интересы. Другие дети не играют в его ограниченном мире никакой роли. В той степени, в которой он замечает их, они воспринимаются только как нарушители спокойствия и соперники в отношении к родителям.

II. Затем ребенок начинает замечать других, но обходится с ними так, как будто они неживые предметы, род игрушек, с которыми можно делать что угодно — смотря по настроению — взять или бросить, приблизить или оттолкнуть.

III. Ребенок начинает расценивать товарищей как партнеров в игре. Их помощь приветствуется. Но такое отношение к ним длится не дольше, чем игра, ради которой оно появилось.

IV. Партнер по игре постепенно становится другом, т. е. ребенок обретает способность наделять других детей качествами объекта, любить их или ненавидеть, бояться их или восхищаться ими, сравнивать себя с ними или идентифицировать,

уважать их желания, разделять с ними имущество и обходиться с ними как с равноправными во всех отношениях.

Из этой линии развития можно сделать некоторые практические выводы, полезные для вступления детей в общество.

Анализ первой и второй фаз показывает, что маленький ребенок в это время по своей сущности асоциален, и этот факт не могут изменить ни терпимость старших детей в семье, ни какие бы то ни было усилия матери. Общественную жизнь в этом возрасте (ясли, детское учреждение и т. п.) ребенок в лучшем случае терпит, но она не оказывает влияния на его развитие. Только с вступлением в третью фазу ребенок становится способен участвовать в жизни братьев и сестер или получать пользу от детского сада. Четвертая фаза обеспечивает готовность к продолжительным активным дружбе или вражде, совместным действиям с товарищами, т. е. делает индивида способным стать членом человеческого сообщества.

### *От аутоэротики к игрушке и от игры к работе*

I. Первая "игра" грудного ребенка — не что иное, как поиск удовольствия при помощи рта, пальцев, поверхности кожи, зрения и т. д. Это удовольствие он ищет либо в собственном теле (аутоэротика), либо в теле матери (во время или после кормления), что для ребенка одно и то же.

II. Заменой материнского или собственного тела становится "переходный объект" (118), обычно какой-нибудь мягкий предмет, например пеленка или подушка, покрывало или игрушечный медвежонок, т. е. первая игрушка, которая заполняется смесью нарциссического и объектного либидо.

III. Пристрастие само собой сдвигается с переходного объекта на другие похожие игрушки, обычно на игрушечных зверей, которые в качестве символических объектов заполнены либидо и агрессией и раскрывают для детской амбивалентности дальнейшие возможности выражения.

IV. Пристрастие к игрушечным зверям постепенно отходит на задний план и сохраняет свое значение только вечером, из постели в качестве помощи при засыпании, когда переход-

ный объект в силу своего двойственного заполнения (нарциссического и объектного) выступает посредником при переходе от активного интереса к внешнему миру к отходу ко сну.

Днем место объектов занимают игрушки и игровые материалы другого рода, выражающие в первую очередь не эмоциональные отношения, а деятельность "я" и связанные с ней фантазии. Непосредственному или сублимированному удовлетворению частных инстинктов служат и определенные игры, очень любимые детьми в разном возрасте. Вот их приближительная последовательность:

а) игра, в которой нужно что-либо наполнять доверху или опорожнять до дна (игры с песком или водой), размыкать и закрывать, соединять одну деталь с другой (пирамидки, цепочки) и т. д., то есть символы отверстий в теле и их функций;

б) подвижные игрушки, которые нужно волочить за собой, толкать, на которых можно прокатиться и т. п., служат для повышения мышечного удовольствия;

в) строительные материалы, с помощью которых можно создать любые виды строений и затем разрушать их и которые, таким образом, приспособлены к амбивалентным (позитивным или негативным) стремлениям анально-садистической фазы;

г) игрушки, символизирующие мужское и женское поведение, которые можно различным образом использовать:

в индивидуальной ролевой игре,

в эксгибиционистских целях при фаллическом сватовстве к эдипальному объекту,

в эдипальной "семейной" игре в детской группе (что возможно самое раннее на третьей фазе).

Мужские стремления во время фаллической фазы могут проявляться и без помощи игрового материала, а, например, в гимнастике или акробатических упражнениях, т. е. посредством деятельностей "я", в которых и детское тело, и умелое владение им символизируют фаллическую потенцию.

V. На пятой фазе получаемое от игры удовольствие постепенно сдвигается на радость от успеха деятельности, т. е., в терминологии академической психологии, на удовольствие от

выполнения задания, "деловую зрелость", которая считается предпосылкой готовности ребенка к школе (20).

Вопрос, насколько это последнее достижение связано с инстинктивной жизнью ребенка и обусловлено ею, остается пока для аналитиков открытым, ответ на него можно лишь предположить, исходя из некоторых данных. В нем могут играть роль подражание матери и идентификация с ее деятельностью, но также и требования "сверх-я"; преобразование пассивных переживаний в активные действия как механизм защиты и приспособления, осуществленное желание, т. е. достигнутая цель развития, и т. д.

Успехи методов Монтессори дают возможность убедиться на практике, что одно из объектных отношений достаточно рано может дать радость от достигнутого результата. Детский сад Монтессори предоставлял детям возможность на тщательно отобранном материале пережить большую радость от самостоятельного достижения результатов, решения сложных проблем. Неожиданным оказалось то, что этими возможностями охотно пользуются совсем маленькие дети.

У детей, которым такие вспомогательные средства предложены не были, радость от достижения результата гораздо дольше остается связанной с объектным миром и с исходящей из него похвалой и становится самостоятельной лишь после истечения эдипального периода, на основе идентификаций и интернализаций.

VI. Путь от игры к работе пролегает через ряд дальнейших приобретений (понятие "работа" здесь употребляется не в психологическом или социальном значениях, а лишь как продвижение в развитии "я" и такая степень овладения инстинктами, которая необходима для приобретения работоспособности):

а) ребенок должен научиться не относиться к предложенному материалу агрессивно и деструктивно (разбрасывание, ломка, бессмысленное нагромождение и т. д.), а использовать игровой материал позитивным и конструктивным образом, направленным на овладение импульсами, сдерживание и преобразование их;

б) он должен научиться доводить до конца намеченный план и не давать овладеть собой страху перед неприятностями или сложностями на пути к желанной цели;

в) он должен продвинуться от непосредственного к целограниченному (сублимированному) удовлетворению побуждений; от сексуализации функций "я" к нейтрализации инстинктивной энергии, от принципа удовольствия к принципу реальности; работоспособность индивида в школьном и зрелом возрасте зависит от того, насколько полно реализованы эти предварительные условия.

К этой же линии, особенно к ее последним ступеням, относятся и некоторые другие виды деятельности, весьма важные для формирования личности: дневные фантазии, подвижные игры, спорт и хобби.

Дневные фантазии: дневные фантазии возникают позднее игр, т. е. по своей сущности являются игрой без игрушек. Импульсы и желания, которые у младших детей проявляются на осязаемом игровом материале, у старших детей, подростков, а нередко и взрослых трансформируются в сознательные фантазии и сопровождают их реальные переживания.

Подвижные игры и спорт: игры этого рода выходят на первый план в эдипальный период в семье или детской группе. В отличие от ролевой игры, они в символическом, формализованном виде отражают такие важные жизненные ситуации, как нападение, защита, соревнование и т. д. Участие в таких играх подчинено строгим правилам и требует, следовательно, от ребенка сравнительно высокой приспособленности к внешнему миру, умения говорить "нет", то есть, по меньшей мере достижения третьей фазы на пути от эгоцентризма к полноценному членству в человеческом сообществе.

Для подвижных игр и занятий спортом нужно особое оснащение (в отличие от игрушки или игрового материала). Многие в этом оснащении символизируют фаллически-агрессивные атрибуты и именно поэтому высоко ценятся их владельцами.

В спортивном соревновании само тело индивида, его ловкость, умение владеть им являются незаменимыми средствами для достижения цели.

Достигнет ли определенный индивид успеха в этой области или нет, зависит в свете изложенного от большого числа факторов. Необходимы некоторые врожденные данные; моторная сноровка, умение согласованно действовать в группе, определенное количество свободной агрессии для удовлетворения тщеславия и т. д. приобретаются в процессе развития. Количество таких предварительных условий естественным образом ведет также к достаточному количеству возможных нарушений, которые могут быть связаны и с задержками в развитии той или иной функции, и с защитой от анальной агрессивности или фаллически-эдипальной мужественности.

Хобби располагается как бы на полпути между игрой и работой и имеет и с тем и с другим много общего. Хобби носят игровой характер, поскольку служат источником удовольствия, ими не занимаются по строгой жизненной необходимости. Сублимированные удовлетворения, которым они служат, еще близки к эротической или агрессивной инстинктивной цели, а затрачиваемая энергия еще состоит из сексуализированных и нейтрализованных компонентов. Но хобби в то же самое время являются разновидностью работы, поскольку при занятии ими заранее намечается план, который, несмотря на внешние препятствия и сложности, доводится до конца.

Обычное время для появления первого хобби — это латентный период. Чаще всего это бывает увлечение коллекционированием каких-либо предметов или собиранием информации по какой-либо теме. Затем интересы могут распространяться на другие сферы, и нередко они сохраняются на всю жизнь.

### *Соотношение между линиями развития*

Казалось бы, можно ожидать, что продвижение "нормального" ребенка по отдельным линиям развития будет идти "в ногу". Для клинициста это значило бы, что достигнутая степень на одной линии развития соответствует достижению ана-

I логичных ступеней на других. Примером такого рода могло бы I служить одновременное появление константных объектных отношений (третья ступень на пути от инфантильной зависимости к взрослой любовной жизни), самостоятельности в еде (третья ступень линии питания), опорожнения в угоду матери (вторая ступень линии воспитания опрятности), первого принятия товарища по игре и с началом конструктивной игры (3 и 4 ступени соответствующих линий). Мы склонны верить таким ожиданиям даже тогда, когда клинический опыт убеждает нас в обратном. Не секрет, что множество детей развиваются иначе, ни в коей мере не следуя этим строгим нормам. Одни дети в некоторых отношениях достигают продвинутых стадий (например, в объектных отношениях и телесной самостоятельности), оставаясь в других областях на более низких стадиях (например, затянувшееся использование переходных объектов или отношение к другим детям как к вещам). У других высоко развиты вторичные процессы мышления, язык, игра, работоспособность и приспособленность к общественной жизни, но они физически несамостоятельны, как младенцы, и т. п.

Насколько часто встречаются такие дисгармонии в развитии, последствия которых беспокоят родителей, настолько недостаточны наши знания о причинах их возникновения. Мы не знаем даже, какие факторы влияют на них в большей степени — врожденные либо приобретенные. А потому, как и в других подобных случаях, перед нами стоит другая задача — исследовать закономерности проявления дисгармоний и их взаимные влияния. При этом получается примерно следующее.

Мы вправе считать, что различные линии развития естественным образом, т. е. при отсутствии врожденных или приобретенных при родах повреждений, предопределены конституцией ребенка в качестве латентных возможностей. "Оно" приносит с собой созревающую готовность фазового развития сексуального влечения и агрессивности; "я", вероятно, органически присущи некоторые тенденции, которые устанавливают организацию психической структуры, хронологическую последовательность образования функций "я" и механизма

защиты и, быть может, также некоторые количественные различия между генетическими направлениями. Опережение или отставание по отдельным линиям развития следует приписать влиянию внешнего мира. В анализе более старших детей и при реконструкции детства в анализе взрослых их нетрудно установить. Их причины коренятся в личности родителей, их манерах, склонностях, поступках, идеалах и т. д.; в семейной атмосфере и в традициях; в культурной среде, в которой растет ребенок. Наблюдение за грудными и младенцами позволяет предположить, что индивидуальные пристрастия и антипатии матери оказывают существенное влияние на развитие ребенка. Быстрее всего развиваются те свойства, которые больше всего нравятся матери, которые она приветствует; там же, где она остается равнодушной или скрывает свое одобрение, процесс развития замедляется. По-видимому, здесь можно говорить о процессах замещения, которые, исходя от матери, либидизируют определенные действия и тем самым побуждают ребенка повторять их как можно чаще.

Подтверждения этим предположениям можно без труда найти в клиническом наблюдении. Если мать, повинувшись структуре своей личности, использует в качестве первого моста между собой и ребенком голос, а не телесный контакт, возникает раннее языковое развитие. Если она равнодушна к развитию мускулатуры и чувствует себя ближе всего к ребенку, когда он улыбается, то улыбка для ребенка становится самым предпочтительным проявлением внимания и общения. Матери, баюкающие ребенка при засыпании, формируют тем самым его позднейшее отношение к музыке, возможно, даже его музыкальную "одаренность". Если радость ребенка от движения не встречает отзвука в чувствах матери, она может исчезнуть и заместиться телесной неловкостью, неповоротливостью, сонливостью и т. д.

Вывод о том, что настроение матери оказывает на ребенка решающее влияние, сделанный на основе анализа взрослых пациентов, — одно из самых ранних достижений психоанализа. Депрессии матери, нередкие в первые два года жизни ма-

ленького ребенка, создают у него латентную предрасположенность к депрессиям, которые часто дают о себе знать гораздо позднее. Это значит, что ребенок переживает свое единство с матерью не только вследствие ее участия в его развитии, но и сам готов разделить ее эмоциональное состояние.

Так мы приходим к пониманию, что для развития решающим является то, какие наклонности и тенденции индивидов (включая депрессивные и мазохистические) включены в первые объектные отношения ребенка. Что же касается становления отношений мать—ребенок, то оно либидизируется и посредством усиленного замещения предпочитается в развитии всем другим.

Мы обнаружили также, что вытекающие отсюда дисгармонии между различными линиями развития непозволительно рассматривать как патологические явления. До тех пор пока рассогласования в темпе развития не станут чрезмерными, это не более чем вариации, которые наблюдаются у людей с самого раннего детского возраста, т. е. знакомые многим из нас вариации в пределах нормы.

Консультация у аналитика принесет больше пользы, если он рассмотрит волнующие родителей вопросы на основе вышеизложенных выводов. Ведь слишком часто заключения строятся на обманчивом календарном возрасте ребенка или его неизбежно односторонних интеллектуальных особенностях. Вместо этих поверхностных наблюдений лучше взять в качестве отправного пункта те ступени в перечисленных линиях, которых достиг ребенок. То, как ребенок отреагирует на рождение брата или сестры; на пребывание в больнице; на поступление в школу и т. д., полностью зависит от того, созрел ли он для этого события, т. е. достиг ли необходимой стадии на описанных линиях. Если событие согласовано с уровнем развития, ребенок извлекает из него пользу, при этом неважно, охотно или неохотно он внешне идет на это. Если же согласования нет или оно есть, но не на всех линиях, ребенок чувствует отвращение, преодолеть которое он не может, и здесь бесполезна даже самая доброжелательная помощь взрослых.

### *Практический пример: поступление в детский сад*

Практическим примером оказания такой помощи может стать аналитически корректное определение момента, когда ребенок в первый раз может покинуть семейный круг, разлучиться с матерью, вступить в общество сверстников. Для того чтобы это событие для ребенка стало как можно менее болезненным и принесло пользу, необходимо достижение им минимального уровня на линиях развития, которые впоследствии могут перекреститься.

#### *Минимальный уровень на линии "от инфантильной зависимости к эмоциональной самостоятельности"*

В доаналитические времена от всех детей в возрасте 3 с половиной лет, как само собой разумеющееся, ожидалось, что они должны быть в состоянии расстаться с матерью перед дверью детского сада и с первого дня привыкнуть к незнакомому окружению, чужой воспитательнице и чужим детям. То, что новички плачут о своих матерях и ничего или почти ничего не желают знать о предъявляемых к ним требованиях, казалось несущественным. Многим детям действительно через несколько дней отчаяния удастся так или иначе приспособиться. У других — их меньшинство — все наоборот. Для них первые дни в детском саду беспроблемны и радостны. Однако уже через несколько дней взрослые сталкиваются с совершенно неожиданными трудностями вплоть до полного неповиновения, и это продолжается до тех пор, пока ребенок не поймет и не почувствует последствия нового поведения. Ни в том, ни в другом случае взрослым не приходит в голову воспринимать чувства детей серьезно и не относиться к ним как к чему-то неизбежному.

Согласно нашим сегодняшним представлениям, такие приступы отчаяния неминуемы только в том случае, когда ребенок поступает в детский сад раньше, чем эмоционально будет подготовлен. И главное здесь не хронологический возраст (3 с половиной года), а степень развития либидо, на которой находится ребенок. На первой и второй ступенях этой линии разлука с матерью и привычным домашним очагом непереноси-

ма. Как бы коротка она ни была, ребенок по праву протестует против неуважения к его биологически обоснованной зависимости от интимных объектов. Только по достижении третьей ступени отношение ребенка к матери остается неизменным даже при ее отсутствии, легче переносится разлука с ней и завязываются новые отношения с другими взрослыми или с товарищами. Но и тогда расставание с матерью должно быть постепенным, продолжительность отсутствия матери должна раз за разом увеличиваться. Лучше всего те детские сады, где поначалу ребенку позволяют по выбору находиться с матерью либо с группой.

*Минимальный уровень на линии  
"к физической самостоятельности"*

Некоторые новички в детском саду чувствуют себя очень плохо, так как им не нравится ни еда, ни питье и они не пользуются туалетом для отправления естественных потребностей. Сами дети объясняют это непривычностью предлагаемых блюд и оборудования туалетных комнат. Это не так. На самом деле здесь кроется недостижение ребенком соответствующего уровня развития. Несостоятельность в этих действиях естественна, если на линии "к рациональному питанию" не достигнута по меньшей мере четвертая стадия, а на линии "к опрятности" — третья.

*Минимальный уровень на линии "от эгоцентризма  
к дружбе и участию в человеческом сообществе"*

Ребенок, поступивший в детский сад раньше, чем он достиг уровня, когда он расценивает других детей хотя бы как помощников в игре (стадия 3), несчастлив сам и только раздражает остальных. Он сможет стать полноправным членом, а то и лидером детской группы только тогда, когда научится признавать за другими детьми их права, что и даст ему возможность дружить по-настоящему (стадия 4). В сущности, если ребенок не достиг этой ступени, лучше его в детский сад не принимать, а уж если приняли, то разрешить ему прекратить посещение.

### *Минимальный уровень на линии*

#### *"от аутоэротики к игрушке и от игры к работе "*

Обычно ребенок поступает в детский сад в начале четвертой стадии этой генетической линии, когда "игровые материалы... обслуживают деятельность "я" и лежащие под нею фантазии". За время посещения детского сада он карабкается по этой линии вверх, постепенно осваивает игрушки и игровые материалы, пока наконец не достигает пятой стадии, начала работоспособности, и не становится готов к школе. Задачей воспитателей является организация соответствующих занятий: нельзя ставить перед ним ни чересчур легкие задачи — они вызывают скуку, ни чересчур трудные — они сердят ребенка и он перестает стараться.

### *Поведение в детском саду.*

#### *Отношения между внутренними инстанциями*

Приспособится ли ребенок к детскому саду и оправдаются ли направленные на него ожидания, зависит не только от отдельных линий развития, но и главным образом от соотношения сил между "оно" и "я".

В мечтаниях даже самой терпеливой воспитательницы детского сада витает образ "идеального" ребенка. Такой ребенок спокоен, не проявляет нетерпения; он просит то, что ему нужно, вместо того чтобы просто схватить это; он ждет своей очереди; он удовлетворяется причитающейся ему долей и не требует большего; он сносит запреты и разочарования без признаков гнева.

Каждая опытная воспитательница знает, что в действительности таких детей не бывает, т. е. никакой конкретный ребенок не может удовлетворить всем этим требованиям. Но она справедливо ожидает, что в детской группе отдельные дети будут добиваться некоторых из этих результатов. В терминах анализа это значит, что дети учатся овладевать своими импульсами и аффектами, вместо того чтобы без сопротивления предаваться им. В развитии им помогает созревание "я": преодоление первичных процессов вторичными, т. е. мышлени-

ем, здравым смыслом, умением соотносить желания и возможность их исполнения (68), преодоление принципа удовольствия принципом реальности. Со стороны "оно" исходит не менее эффективное, возможно, биологически обусловленное ослабление натиска инстинктивных потребностей.

Далее мы обсудим всем известный факт, что ни один ребенок не может всегда держаться хорошего поведения, то есть существование регрессий (82, 83). Однако такие спады нормальны и не являются препятствием для поступления в детский сад, даже если они происходят часто и по незначительным причинам.

### **III. РЕГРЕССИЯ КАК ПРИНЦИП НОРМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

Не все известные из аналитической работы с детьми нарушения можно объяснить на основании описанных выше линий развития. Эти процессы сложнее, если задержки по отдельным линиям развития и возникающие вследствие этого временные рассогласования сочетаются с возвратными движениями в психике, т. е. с регрессиями.

То, что существует поступательное развитие от незрелости к зрелости, причем на каждой ступени оно подвергается внешним влияниям, — это общее место, известное хотя бы из изучения непрерывных анатомических, физиологических и неврологических процессов. Однако, изучая тело, мы наблюдаем безостановочный поступательный процесс, целью которого является телесная зрелость и которому может помешать лишь внезапная болезнь или нанесенное увечье; в старости процесс как бы направляется в обратную сторону.

Нет сомнений, что и психическое развитие происходит по той же поступательной модели. Инстинктивные побуждения, импульсы и аффекты, интеллектуальные и моральные способности и т. п. сменяют друг друга по заранее намеченному плану, на осуществление которого оказывает влияние внешняя среда. Но на этом аналогия заканчивается. В физическом раз-

витии поступательное движение вперед не имеет альтернативы. В психическом развитии нам приходится считаться с силами, направленными в противоположную сторону, а именно с фиксациями и регрессиями. Лишь знание обоих влияний — прогрессивного и регрессивного — и взаимодействия между ними ведет к удовлетворительному объяснению происшествий на описанных выше линиях развития.

### *Три формы регрессии*

В своем дополнении 1914 г. к "Толкованию сновидений" (46) З. Фрейд различает три разные формы регрессии: а) топическая регрессия, при которой психическое возбуждение нарастает в обратном направлении — от моторного конца психического аппарата к сенсорному концу, пока не достигнет системы восприятия; процесс, при котором происходит галлюцинаторное исполнение желаний (в отличие от рационального мышления); б) временная регрессия, т. е. возвращение от более поздних к ранним психическим структурам; в) формальная регрессия, при которой примитивные методы самовыражения занимают место более зрелых. В этой связи он говорит: "Все три вида регрессии в основе своей едины и, как правило, встречаются вместе, ибо старшее по времени бывает более примитивным по форме и в психической топографии ближе к конечной зоне восприятия".

Как бы, однако, ни были схожи формы регрессии, у детей их проявления достаточно различны, и потому следует попытаться их классифицировать. Для решения этой задачи нам лучше перевести цитированное выше топографическое рассуждение на язык современных метапсихологических терминов. Итак: регрессии могут происходить во всех психических инстанциях, в "оно" так же, как в "я" или "сверх-я"; они распространяются и на психическое содержание, и на психические механизмы; временные регрессии относятся к импульсам, целям влечения, объектным представлениям и содержаниям фантазий, топографические и формальные регрессии — к функциям "я", вторичным процессам, принципу реальности и т. д.

### *Регрессии в развитии инстинктов и либидо*

Из аналитических исследований известно, что временные регрессии — самые глубокие и длительные и особенно сильно влияют на инстинктивные и либидные процессы. Они затрагивают, с одной стороны, объектный выбор (возврат к более ранним объектам) и форму объектных отношений (возврат к инфантильной зависимости), с другой — инстинктивную организацию в целом (возврат к прегенитальной фазе с сопутствующими явлениями агрессивности). Мы объясняем частое возникновение инстинктивных регрессий свойственным инстинктивному развитию специфическим процессом, которому с психической стороны ничто не противопоставлено: в последовательном продвижении либидо и агрессии от ступени к ступени и, соответственно, в относящихся к ним объектах ни одна фаза полностью не преодолена. В то время как главная часть инстинктивной энергии совершает поступательное движение, отдельные ее части (различной величины) как бы остаются позади, они по-прежнему направлены на более ранние цели и объекты и создают так называемые точки фиксации, замещая пройденные инстинктивные цели и объекты (фиксации на аутоэротике и нарциссизме, на раннем симбиозе с матерью, на преэдипальной и эдипальной зависимости, на оральности или оральном каннибализме, на анальном садизме или на анальной пассивности, на эгоцентризме, эксгибиционизме и т. д.). Фиксации на какой-либо предварительной ступени возникают как следствие травматических переживаний, т. е. на основе чрезмерно строгих запретов или чрезмерного потворства удовлетворению инстинктивных желаний на прегенитальных фазах. Осознанны или неосознанны их результаты, направлены они на "я" или вытеснены — для последствий это, в сущности, безразлично. Так или иначе они связывают инстинктивную энергию, задерживают ее дальнейшее продвижение вперед и тем самым обедняют нормальное развитие объектных отношений.

Давно уже нет сомнений в тесной связи между точками фиксации и регрессией ("Чем сильнее фиксации на его (т. е.

либидо. — А.Ф.) пути, тем более охотно впоследствии функция, избегая внешних трудностей, регрессирует к точке фиксации..." (52, с. 341). Само наличие точек фиксации и присущее им замещение являются постоянной притягательной силой, что представляет для более поздних инстинктивных функций опасность, которая дает о себе знать и в период развития, и в зрелости.

Сложность сексуальных регрессий отражена в клинических наблюдениях. Жаль только, что обычно истории болезни заполняются с сокращениями. Мы слышим или читаем, например, что мальчик от фаллическо-эдипальной фазы вследствие своего страха кастрации "вернулся к анальной или оральной фазе". Такое описание недостаточно, поскольку ничего не говорит о том, в какой форме и при каких обстоятельствах происходило возвратное движение. Это может быть не более чем возвратом от соперничества с отцом и фантазии занять его место в обладании матерью к преэдипальному восприятию матери со свойственными ему анальной или оральной зависимостями. Внешне при этом все остается по-прежнему: мать воспринимается как константный (а не частный) объект, а оральные и анальные сексуальные возбуждения, порожденные ею, находят выход в фаллической мастурбации.

Однако подобное описание регрессии ("от фаллическо-эдипальной к анальной или оральной ступени") может также означать, что обратный процесс затронул объектные отношения: на место константного объекта вновь становится соответствующая более ранней стадии развития "любовь по опорному типу", объект теряет значение как личность и расценивается только как средство для достижения удовлетворения. Если такое происходит в подростковом или зрелом возрасте, это ведет к поверхностности любовных отношений, быстрой смене объектов, непостоянству.

Есть и третья возможность. Описанная регрессия может иметь целью снижение сексуального возбуждения. В этом случае фаллическая мастурбация исчезает из клинической картины и замещается импульсами, которые на пике возбуждения

проявляются как голод, жажда, позыв к мочеиспусканию или дефекации.

Наиболее серьезны, разумеется, случаи, когда все три варианта сексуальных регрессий (регрессия цели побуждения, регрессия объектного отношения и процесс отвода) сходятся воедино.

В практике детского анализа относительно легко различить эти регрессии. Некоторые мальчики имеют в решительные мгновения отчетливые эрекции (либо стараются подавить их). Другие выбегают при таких обстоятельствах из комнаты, чтобы помочиться или опорожниться. Третьи же начинают сосать сладости либо жадно требуют попить.

3. Фрейд подчеркивает, что форма отвода возбуждения позволяет судить о сексуальной организации ребенка: "То, что у нашего мальчика знаком сексуального возбуждения является опорожнение кишечника, нужно расценивать как признак его врожденной сексуальной конституции. Он продемонстрировал и пассивные отношения, и склонность к дальнейшей идентификации скорее с женщиной, чем с мужчиной" (53, с. 81).

#### *Регрессии в развитии "я"*

В повседневной аналитической работе мы так часто наблюдаем взаимосвязь между точками фиксации инстинктов и регрессиями, что легко впадаем в ошибку, пытаясь оперировать теми же понятиями, говоря о регрессиях "я" и "сверх-я". Это неправомерно. Сущность фиксации состоит в задержании на однажды пережитом удовлетворении и в его заполнении некоторым количеством энергии. Оба эти процесса не играют никакой роли в регрессиях "я", которые подчиняются другим законам и протекают по-другому.

#### *Нормальные (временные) регрессии в развитии "я"*

Как было сказано выше, возвратные движения для детей не редкость. Они не удивляют ни родителей, ни воспитателей. С давних пор народная мудрость гласит: "дети делают два шага вперед и один назад".

При более близком рассмотрении легко убедиться, что регрессивных тенденций не чужды все важнейшие достижения ребенка: и функции "я" (овладение двигательным аппаратом, соотнесение себя с реальностью, синтетическая функция и речь); и овладение сфинктером; и вторичные мыслительные процессы и защита от фобий; и элементы социального приспособления (терпимость, сдерживание импульсов, манеры поведения); и качества "сверх-я" (честность, доброжелательность). В каждой из этих сфер поведение ребенка ненадежно: достигнутый навык, способность может в любое мгновение исчезнуть или значительно уменьшиться.

Такие случайные регрессии можно считать вполне нормальными. Мы не имеем никакого права ожидать, что ребенок, уже привыкший к языку взрослых, не вернется вдруг к бессмысленному бормотанию и детской игре со словами и звуками. Давно приученный пользоваться туалетом малыш вполне может вдруг оказаться мокрым. Или ребенок, с удовольствием играющий в игрушки, ни с того, ни с сего начинает ломать их, а то и заниматься эротической игрой с частями собственного тела. Социальная адаптация так же внезапно может смениться проявлениями чистого эгоизма и т. д.

По сравнению с этими достаточно частыми проявлениями гораздо более поразительны случайные и, казалось бы, ни на чем не основанные внезапные продвижения вперед. Например, грудные дети вдруг по собственной инициативе отказываются от груди и переходят к бутылочке либо даже к ложке и чашке, а то и от жидкого к твердому питанию. У детей постарше могут так же внезапно исчезнуть идиосинкразии к той или иной еде. То же происходит с аутоэротическими занятиями, нацеленностью на переходные объекты, церемониями засыпания. При воспитании опрятности такие молниеносные успехи не менее часты, чем продолжительная борьба. А агрессивные грубияны иногда за одну ночь превращаются в стеснительных, нерешительных, робких детей.

Родители и воспитатели часто радостно приветствуют такие перемены, в то время как диагност знает о том, что это

отнюдь не "успехи воспитания", а следствия страшных переживаний и травматических влияний, которые грубо прервали одну из фаз инстинктивной жизни ребенка. Нормальное развитие здорового ребенка, как известно из опыта, идет не скачками, а постепенно, шаг за шагом, с регулярными отступлениями, а то и возвратами назад — на время, конечно.

### *Функциональные регрессии в сознательной жизни ребенка*

Хорошо известные на практике регрессии "я" долгое время не находили соответствующего описания в аналитической литературе. Мои собственные попытки заинтересовать членов Венского, психоаналитического объединения этими "нарушениями вторичного процесса в сознательной жизни ребенка" остались безуспешными. К этому времени (1930-е гг.) мне удалось обобщить обстоятельства, при которых у детей различного возраста с бодрствующим сознанием происходят возвраты от вторичных мыслительных процессов к первичному.

1. Такие регрессии можно наблюдать во время психоаналитического сеанса, при котором мы добиваемся уменьшения контроля "я", т. е. понижения защиты и предоставления свободы фантазиям, импульсивному поведению, бессознательным и предсознательным элементам. В этих условиях на глазах меняется игра пациента, его речь. Они теряют признаки вторичного процесса, зато ярко демонстрируют признаки первичного. Логичность, рассудительность и ощущение реальности отходят на задний план, а замещения, утрированность, желание все ломать занимают их место. Разумная и упорядоченная игра фантазии распадается на отдельные части, которые начинают бессвязно, или используя неправильную связь, управлять фантазией. Например, пятилетняя девочка играет в "дочки-матери", она тщательно подготавливает сценку, когда по ходу игры куклы должны поссориться. И тут игра постепенно выходит из-под контроля "я": борьба как центральный элемент берет верх, исчезают различия между людьми и вещами, и на пике игры в рукопашный бой вступают уже не куклы, а кухонная плита с буфетом, стол с креслами и т. п. Похожее происхо-

дит и с рисунками: начиная рисовать военный корабль, сначала снабжают его двумя пушками, расположенными на нужном месте, а кончают тем, что рисуют пушку за пушкой, пока весь корабль не окажется буквально утыкан ими. (Это явление представляет собой защиту против страха кастрации, но здесь мы не будем касаться этого.) Оральная агрессивность (кусание) вначале проявляется в процессе рисования диких зверей (тигра, крокодила), однако, выйдя из-под контроля "я", может быть направлена на что угодно, и тогда дети кусают друг друга, всех вокруг.

2. Похожие регрессивные явления наблюдаются и вне анализа, в обычной жизни ребенка, в особенности перед отходом ко сну, когда даже самые рассудительные и хорошо приспособленные дети решительно меняются. Уставший ребенок начинает хныкать, бессмысленно бормотать, его раздражают самые незначительные причины, и он реагирует на них яростными выпадами или требует телесных нежностей, в которых в дневное время давно не нуждается. В мыслительных процессах отчетливо виден растущий беспорядок, выражающийся в персеверации (настойчивом повторении) отдельных слов и предложений, во внезапном перепаде настроения (от жизнерадостности к плачу). Вряд ли можно представить себе более убедительную картину разложения "я". Отдельные функции "я" подавляются друг другом, пока в конце концов "я" не отказывается от всякой деятельности и не предается сну.

3. В первый раз мне довелось наблюдать такой возврат от вторичного к первичному процессу давно, еще в мои собственные школьные годы. Мы учились в шестом классе, и, по расписанию, сложные предметы следовали друг за другом без достаточного перерыва. Спокойные и внимательные с утра девочки мало-помалу к пятому или шестому часу занятий становились все более беспокойными, и наконец любое, самое безобидное высказывание учителя вызывало взрывы хихиканья. Учителя-мужчины, имевшие несчастье вести занятия в эти часы, в сердцах называли нас стадом глупых гусынь. Я же понимала, что мы просто устали, и гадала, почему усталость

делает нас глупыми. Разгадка была мне тогда недоступна, зато воспоминания очень пригодились впоследствии.

### *Другие регрессии "я" под давлением стресса*

В 30-е годы мои описания не вызвали большого интереса у коллег, зато десятилетием позже начали притягивать к себе все большее внимание. Эрнст Криз на основе своих наблюдений за детьми в детском саду ввел понятие "темп регрессии". Он показал на примерах, что дети, в зависимости от возраста и уровня развития, лишь в течение определенного времени в состоянии удержаться на своих достижениях; чем младше ребенок, тем короче отрезок перед спадом. Доказательства правильности этих предположений легко можно найти в повседневной жизни детского сада. На утренних занятиях все дети работают лучше, чем на более поздних. Чем ближе к вечеру, тем сильнее игровые занятия теряют свой конструктивный характер; дети становятся нетерпеливы, начинают ссориться, нередки вспышки гнева, инстинктивное поведение.

Авторы отмечают целый ряд обстоятельств, в которых происходят регрессии, причем регрессии "я" сопровождаются, как правило, инстинктивными регрессиями — предшествующими, одновременными или последующими. Одни указывают на физическую боль, недомогание, жар и т. п. болезненные симптомы, угнетающие поведение почти всех детей, особенно при отходе ко сну, приемах пищи, пользовании туалетом, при играх и т. п., до форм, присущих более ранним ступеням развития. Заболевшие дети почти всегда агрессивны, и правы те, кто воспринимает их не по возрасту, а по их поведению и потребностям, т. е. как малышей (39). Другие отмечают влияния, исходящие из области психики. Травматические переживания, страхи, в особенности болезненность разлучения с матерью, у маленьких детей способны вызвать далеко идущие регрессии либидо и "я". Их можно наблюдать в яслях, детских больницах и т. п. (См.: 16, 42, 44, 102, 109, НО и др.)

Особо следует отметить одну характерную особенность регрессий "я", проявляющуюся вне зависимости от вызвав-

ших ее причин. В отличие от инстинктивных регрессий, они не возвращаются к каким-то прежним достижениям, ибо не имеют точек фиксации. Они шаг за шагом проходят уже пройденный путь в обратном направлении.

*Регрессии "я" как результат защитной деятельности*

Другой тип снижения уровня достижений "я" следует рассматривать как регрессию, хотя обычно его не относят к этой категории.

Процесс формирования функций "я" маленького ребенка приносит с собою знакомство с множеством неприятных, болезненных вещей. Узнавание внешнего мира противоречит причинному представлению о чистом стремлении "я"; утверждение принципа реальности осложняет быстрое исполнение желаний; улучшившаяся работа памяти удерживает не только приятные, но и неприятные и даже страшные переживания; синтетическая функция неминуемо создает почву для болезненных внутренних конфликтов и т. д. Подрастающий ребенок страдает под напором неприятных ощущений, и его "я" начинает формировать против них механизмы защиты.

Стремление отречься от неприятных раздражителей извне мешает исправному осуществлению функции восприятия. Вытеснения и реактивные образования, ограничивая сознательное душевное содержание, изымают из власти "я" целые области психического. Все три названных механизма тормозят и ограничивают функцию памяти. Проекция, которая убирает из внутреннего мира тревожные элементы и относит их к внешнему миру, противоречит синтетической функции.

Короче говоря, в то время как силы созревания, развития, приспособления стремятся вперед, к совершенствованию и расширению господства "я", защита от неприятного стремится в противоположную сторону, обесценивая достижения "я". Неудивительно поэтому, что поступательные и обратные, прогрессивные и регрессивные процессы чередуются или смешиваются друг с другом.

## *Инстинктивные и "я"-регрессии.*

### *Их временная продолжительность*

Как следует из изложенного, инстинктивные, "я" и "сверх-я" регрессии нормальны и коренятся в неустойчивости незрелой личности. Они чаще всего — ответ на сложности текущего момента. Они — как бы всегда открытая ребенку лазейка к пройденным формам поведения и способам удовлетворения, которую можно использовать, когда обстоятельства становятся непереносимыми. Таким образом, регрессии служат как приспособлению к внешнему миру, так и защите от внутреннего мира, и в обеих этих ипостасях поддерживают равновесие.

Следует особо отметить, что эта благотворная роль регрессий имеет место лишь в тех случаях, если они непродолжительны и исчезают сами по себе, то есть тогда, когда, возникнув по причине усталости, расстройства, пережитого страха, они исчезают с исчезновением причины и "я"-функции восстанавливаются. (Клинические наблюдения показывают, что детям нужно различное время, чтобы после подобных происшествий вернуться на прежний уровень развития.) Но оптимистические ожидания этого рода сбываются далеко не всегда. Достаточно часто после шоковых переживаний, страха, тяжелого заболевания или разочарования появившиеся регрессии закрепляются надолго: инстинктивная энергия остается связанной с целями, которые не соответствуют возрасту ребенка; функции "я" и "сверх-я" остаются пониженными и дальнейшее развитие ребенка тяжело повреждается. В таких случаях регрессии перестают играть свою благотворную защитную роль и превращаются в патогенный фактор.

К несчастью, в клинических наблюдениях мы не выработали пока надежных критериев, которые позволили бы нам отличать перманентные регрессии от временных и, таким образом, прогнозировать, возможно ли самопроизвольное возвращение ребенка на нормальный уровень или следует диагностировать его ненормальность.

### *егрессии и линии развития*

С момента, когда мы признали регрессии нормальными явлениями, наше понимание линий развития изменилось: теперь их можно представить себе как улицу с двусторонним движением. В течение всего периода созревания вполне естественно, что поведение детей периодически ухудшается; привычки более раннего возраста, связанные с отходом ко сну и питанием, вновь всплывают в более поздние детские годы (например, при болезни); что даже старшие дети, ища утешения и защиты, возвращаются к примитивнейшим формам предельной связи с матерью (особенно под давлением страха, перед отходом ко сну и т. д.). Такие временные явления не влияют на дальнейшее здоровое развитие, если только путь назад не заблокирован всеобщим осуждением окружающих, а также внутренними вытеснениями и запретами самого ребенка.

Итак, негармоничное личностное развитие обусловлено целым рядом причин. К неравномерному движению вперед по разным линиям развития следует добавить регрессии различных структур личности или их комбинации. При этих обстоятельствах неудивительно, что индивидуальные различия между людьми так велики, отклонения от прямой линии развития аходят так далеко, а определения строгой "нормы" так нецелесообразны. Взаимные влияния прогресса и регрессий очень сложны, что дисгармоний, разбалансировок, переплетений развития, другими словами, *вариантов нормы* очень и очень много.

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ

## ЧАСТЬ 1. ОБЩИЕ ПРАВИЛА

### ОБЩИЕ СООБРАЖЕНИЯ

Аналитики придерживаются мнения, что переход от разнообразных вариаций в рамках нормы к угрожающей патологии имеет скорее количественный, нежели сущностный характер. Согласно нашим представлениям, психическое равновесие человека основывается, во-первых, на отношении его внутренних инстанций друг к другу; во-вторых, на отношении его личности в целом к внешнему миру. Эти отношения подвержены постоянным колебаниям. Инстинктивная энергия спонтанно возрастает или падает в зависимости от переживаемой индивидом фазы развития: латентный период (ослабление); пубертатность (усиление), климактерический период (снова усиление). Силы "я" и влияние "сверх-я" могут снижаться при сильной усталости, тяжелой болезни или в преклонном возрасте. Изменяется распределение желаний в связи с потерей объекта или из-за других лишений либо разочарований. 3. Фрейд указывал в связи с этим, что "мы не можем провести резкую границу между "невротиками" и "нормальными" людьми; что "болезнь" есть чисто практическое суммарное понятие, что целый ряд жизненных переживаний или событий может привести к тому, что эта сумма будет набрана, и вследствие этого множество людей переходит из класса здоровых в класс невротических больных, и только гораздо меньшее количество проделывает путь в обратном направлении..." (49, с. 145 сн.).

Эти положения касаются любого возраста, "детей так же, как и взрослых", и в детстве границу между психическим здо-

ровьем и болезнью провести еще сложнее. Изложенная выше картина детского развития показывает, что соотношение сил между "оно" и "я" постоянно колеблется; что приспособление и защита, благоприятные и болезненные влияния проникают друг в друга; что каждое продвижение от одной ступени развития к другой несет в себе опасность остановок, задержек, фиксаций и регрессий; что инстинкт и "я" развиваются разными темпами, вызывая несогласованность в продвижении по разным линиям развития; что временные регрессии могут превращаться в постоянные; короче, что существует множество факторов, мешающих, подрывающих или разрушающих психическое равновесие.

Диагност, которому предстоит разобраться в этих явлениях, находится в сложном положении, и имеющиеся системы классификации мало чем могут ему помочь.

В последние годы детский психоанализ далеко продвинулся в различных областях. Техника в значительной степени освободилась от основных правил анализа взрослых и, несмотря на многие трудности и препятствия, создала собственные предписания. В теории удалось сделать открытия, значение которых гораздо важнее одного лишь подтверждения реконструированных в анализе взрослых данных и которые являются новым вкладом в аналитические знания. Но едва речь заходит о классификации нарушений, детские аналитики утрачивают все свое новаторское и даже революционное воодушевление и становятся консерваторами, довольствуясь диагнозами, позаимствованными не только из взрослого анализа, но даже из психиатрии и криминологии. В том же печальном положении находится тетская психопатология в целом. И по многим причинам это служит препятствием и для правильной постановки диагноза, и для выбора методов лечения.

## ОПИСАТЕЛЬНАЯ И МЕТАПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА ОЦЕНКИ

При анализе взрослых описательный характер многих диагностических категорий противоречит самой сути психоаналитического мышления: он подчеркивает сходство либо различие внешних симптомов, пренебрегая внутренними патогенными влияниями. Составленная таким образом классификация нарушений на первый взгляд выглядит убедительно и солидно, однако, к сожалению, ничего не дает для более глубокого понимания проблемы и тем более для постановки верного диагноза в метапсихологическом смысле слова.

Приведем лишь некоторые примеры: "приступы ярости", "страсть к перемене мест", "страх разлучения" и т. п. являются диагностическими терминами, под которыми могут скрываться самые разные болезненные состояния. Клинические картины между тем сходные или даже идентичные во всех деталях: в характерном для них поведении больного, в симптоматике. Однако по своей метапсихологической структуре эти явления могут принадлежать к совершенно различным аналитическим категориям и требуют совершенно различных терапевтических действий.

Так называемые приступы ярости у детей могут иметь три различных значения. У самых маленьких они означают обычно не более чем соответствующий этому возрасту моторно-аффективный процесс отвода инстинктивного возбуждения, для которого в этот период нет другого выхода. Подобный симптом исчезает без какого-либо лечения, как только "я" ребенка достаточно созреет, чтобы открыть для инстинктивных процессов другие возможности замещения (главным образом в речи). Те же самые симптомы могут означать также, что агрессивно-разрушительные тенденции, частично отвлеченные от объективного мира, направляются на собственное тело ребенка и доступные ему окружающие предметы (битье головой об стену, повреждение мебели и т. п.). В этом случае облегчение может принести осознание гнева и восстановление его причи-

ны. Третья возможность: приступ ярости в действительности является приступом страха. Это весьма свойственно высокоорганизованным личностям, а также фобичным детям, когда на их защитные механизмы оказывает влияние окружающая среда: например, ребенка, страдающего агорафобией (боязнью скопления народа), заставляют выйти на людную улицу; или ребенок, испытывающий страх перед животными, вдруг встречает особенно большую собаку. Страх становится столь сильным, что выплескивается наружу вспышкой гнева, внешне неотличимой от гораздо более простых случаев. Однако такие состояния могут быть ликвидированы только двумя способами: либо восстановлением фобической защиты (избегание вызывающих страх обстоятельств), либо путем аналитического отслеживания, толкования и в конечном счете обнаружения истинной причины вытесненного страха.

Точно так же множество совершенно различных состояний обозначаются так называемой склонностью к перемене мест (побеги, прогуливание школы и т. п.). Одни дети убегают из дома, когда с ними жестоко обращаются или когда у них менее, чем обычно, развита привязанность к семье. Другие пропускают школьные занятия из страха перед учителями или товарищами по классу или потому, что они плохо учатся, но хотят избежать порицаний и наказаний. В обоих случаях причина симптома — внешняя и может быть устранена изменением внешних условий. Однако существуют дети, у которых причина того же самого симптома лежит во внутренней жизни. Они находятся под влиянием побуждений из бессознательно-го, которые заставляют их бродить в поисках воображаемой цели (обычно это какой-либо объект любви из прошлого). В сущности, они не убегают "от" чего-либо, а, напротив, стремятся "к", то есть к исполнению своих фантазий. В этих случаях ни изменение условий, ни воспитание не принесут успеха; симптом можно ликвидировать лишь проникновением в Бессознательное.

Против такой распространенной формулировки, как страх эзлуčenja, также можно выдвинуть возражения. В клиниках

то и дело слышишь, как этим термином называют и страх расставания с матерью у малышей, и "школьную" фобию (т. е. невозможность расстаться с домом), и "тоску по дому" у детей, находящихся в латентном периоде. В первом случае речь идет о нарушении биологически оправданной потребности (единство с матерью), на которое ребенок отвечает страхом и отчаянием; здесь ничто не поможет, кроме воссоединения с матерью или как минимум введения заменяющей персоны. Во втором и третьем случаях причина страха коренится в эмоциональной амбивалентности ребенка. В присутствии родителей любовь и ненависть уравнивают друг друга; в их отсутствие пропорции нарушаются, и ребенку кажется, что его внутреннее желание смерти родителям может принести им реальный вред, он начинает цепляться за родителей, чтобы охранять их от собственных агрессивных фантазий. В отличие от первого случая, воссоединение с родителями здесь только полумера; симптом отступает лишь перед аналитическим проникновением в суть эмоционального конфликта.

Иными словами, описание проявляющейся симптоматики, полезное само по себе, не только бесполезно, но и может нанести непоправимый вред, если попытаться использовать его в качестве отправного пункта для аналитической терапии.

## РАЗЛИЧИЕ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Существующие диагностические обозначения были выработаны на основе различных психических нарушений взрослых и поэтому не учитывают факторов возраста или стадии развития. Они не делают различия между симптомами, вызванными отставанием в развитии, и теми, что порождаются нарушением функций или направленной трансгрессией. Для детской психопатологии такое различие представляет первостепенную важность. Такие формы поведения, как ложь, во-

ровство, агрессия или стремление к разрушению, различные извращения и т. п., нельзя безошибочно отнести к норме либо к патологии, не выработав четкой схемы их соответствия ступеням развития.

### *Ложь*

Возникает вопрос: с какого момента можно говорить о ребенке, что он "лжет", т. е. когда фальсификация правды принимает симптоматический характер и начинает входить в противоречие с нормой? Очевидно, что не с самого начала: ребенок должен пройти несколько фаз развития, на которых никто не может ожидать от него правдивости. Маленький ребенок естественным образом пренебрегает всем неприятным в пользу приятного и отрекается от восприятия вызывающих неприятные ощущения раздражителей. Такое поведение, являющееся не чем иным, как примитивным защитным механизмом, похоже на сознательное искажение действительности, свойственное старшим детям и взрослым. Однако для детского аналитика (и диагноста) важно различать раннее примитивное отношение к правде и более поздние симптомы лжи. Нельзя ожидать безусловного признания реальных отношений, пока ребенок находится еще под господством принципа удовольствия и первичного процесса. Только если при замене первичного процесса вторичным, когда проложены различия между внутренним и внешним миром и осознание реальности и рациональное мышление достигают определенной зрелости, ребенок все равно продолжает фальсифицировать правду, аналитик по праву будет использовать термин "ложь".

Некоторым детям на созревание этих функций "я" требуется больше времени, и поэтому они продолжают лгать "со всей невинностью". У других "я" развивается в соответствии с возрастом, но вследствие неудач и разочарований происходит возврат к предшествующим примитивным ступеням. Среди них чаще всего встречаются лжецы-фантазеры, которые при помощи инфантильных методов исполнения желаний пытаются защититься от реальных неприятностей. И, наконец, есть дети,

[чь функции "я" сами по себе исправны, но они имеют иные, не обусловленные развитием, причины уклоняться от правды. Их мотивы: материальная выгода, страх перед взрослыми, перед порицанием и наказанием, желание выделиться и т. п. Очевидно, для психоаналитической оценки имеет смысл ограничить сферу применения термина "ложь" этими последними случаями "диссоциальной" лжи.

Чаще всего в детской практике встречаются не чистые, а смешанные формы, в которые вносят свой вклад и отречения, и ложь-фантазия, и диссоциальная ложь, при этом более ранние формы порождают более поздние. Перед диагностом стоит задача разграничения отдельных элементов и определения, в какой степени каждый из них влияет на симптомообразование.

### *Воровство*

Точно так же ребенок должен пройти определенные ступени развития, прежде чем термин "воровство" может получить диагностическое значение.

Стремление совсем маленьких детей схватить все, что им хочется, обычно называют "оральной жадностью". Это стремление, ничем не ограниченное, имеет двоякое происхождение. С одной стороны, оно соответствует принципу удовольствия, вследствие которого ребенок, не задумываясь, присваивает себе то, что приносит удовольствие, и отвергает все, вызывающее неприятности, оставляя их внешнему миру. С другой — это свойственная возрасту неспособность отличить себя от объекта. Как мы знаем, в этом возрасте маленький ребенок обращается с телом матери, как будто оно его собственное, играет с ее пальцами, ее волосами точно так же, как с собственными при аутоэротике, или предоставляет ей для игры части своего тела. То, что маленькие дети могут попеременно подносить ложку к своему рту и ко рту матери, часто неправильно интерпретируется как раннее великодушие. В действительности это не что иное, как следствие отсутствия границ "я". То же самое смешение себя самого с объектным миром, которое порождает

готовность отдавать, делает каждого маленького ребенка, несмотря на полное отсутствие корысти, грозой чужой собственности.

Представления "мое" и "не мое", основа "честности" взрослого, у ребенка отсутствуют и развиваются очень медленно, постепенно, по мере увеличения самостоятельности "я". Сначала ребенок начинает осознавать своим собственное тело ("я-тело"), затем родителей, потом переходные объекты, заполненные еще смешением нарциссического и объектного либидо. По мере развития чувства собственности у ребенка развивается также стремление всеми силами защитить свое достоинство от посягательств извне. Дети понимают, что значит "лишиться своего", намного раньше, чем они научаются считаться с правом собственности другого. Для последнего необходимо, чтобы отношения ребенка с внешним миром расширились и углубились и чтобы он осознал, что окружающие дорожат своей собственностью не меньше, чем он своей.

Развития самих по себе понятий "мое" и "твое" недостаточно, чтобы оказать решающее влияние на поведение ребенка; этому противостоят сильные желания присвоить собственность. Оральная жадность, анально-генные тенденции иметь, держать, собирать, копить, потребность в фаллических символах мощно склоняют к воровству. Воспитательным воздействиям и следующим за ними требованиям "сверх-я" нелегко оказывать противодействие "я" и закладывать основы честности.

Таким образом, прежде чем отнести "воровство" к той или иной категории, диагносту необходимо прояснить целый ряд обстоятельств. Он должен понять, вызваны эти действия тем, что "я" ребенка запоздало в достижении своей самостоятельности; или тем, что объектные отношения между внешним миром и "я" недостаточно сформированы; что отсутствует сознание; что "сверх-я" является слишком инфантильным; или имеет место постоянная регрессия. Или же, наконец, перед ним пример недостаточного контроля "я" над нормальным, нерегрессивным желанием обладать чем-либо (диссоциальное воровство).

И снова в клинической практике этиологически смешанные образования встречаются чаще, чем описанные выше чистые формы, на практике мы наблюдаем комбинации следствий задержек в развитии, регрессий и дефектов "я" и "сверх-я". То, что все диссоциальные дети начинают с того, что залезают в сумочку матери, доказывает что истоки "воровства" — в причинном неразличении "мое" и "твое", себя самого и объекта.

## **КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Детский психоаналитик оказывается в нелегком положении и тогда, когда ему необходимо оценить степень тяжести нарушений у ребенка. При диагностике взрослых мы применяем для этого три основных критерия: 1) по наблюдаемым симптомам; 2) по степени вызываемых ими страданий; 3) по степени нарушения жизненно важных функций. Ни один из них не применим к детям.

Прежде всего, само появление симптомов у ребенка не обязательно имеет то же самое значение, что появление аналогичных симптомов у взрослого, когда мы можем "при постановке диагноза примерить их на себя" (52, с. 271). Задержки развития, страхи во многих случаях являются не результатом патологических влияний, а, как мы покажем ниже, следствие происшествий и стрессов, неизбежных при нормальном развитии. Такие симптомы, как правило, возникают, когда определенная фаза развития ставит перед ребенком чрезмерно высокие требования и, если только родители не наделают ошибок, проходят бесследно, как только осуществится переход к новой ступени или будет пройден ее пик. Разумеется, такие нарушения свидетельствуют об уязвимости ребенка; и часто спонтанное излечение — лишь пауза перед новыми и более сильными нарушениями, возникающими на следующей ступени. Верно и то, что нередко они оставляют после себя шрамы, которые могут порождать симптомы в зрелом возрасте. Но верно и то, что даже явно серь-

езные симптомы, например фобические избегания, навязчивая невротическая осторожность, нарушения сна и питания, нередко исчезают у ребенка, едва только родители обращаются в клинику, просто-напросто потому, что лежащие в их основе страхи менее значительны, чем страх, который вызывает клиническое обследование. По тем же самым Причинам еще до начала или в первые дни лечения изменяется или вовсе исчезает симптоматика. Такое симптоматическое улучшение во время лечения у детей еще менее показательно, чем у взрослых.

Так или иначе, симптоматика незрелой личности крайне нестабильна, и полагаться на нее при оценке тяжести заболевания нельзя. Взрослые решают пойти лечиться, когда порожденное болезнью страдание превосходит выносимые размеры. У детей душевный дискомфорт сам по себе мало говорит о наличии или отсутствии патологии и тем более о ее тяжести. За исключением страха, который тяжело переносится ребенком, они меньше, чем взрослые, страдают от своих симптомов. Многие другие патологические проявления, например фобии и навязчивые невротические состояния, могут как служить уклонению от страха и неудовольствия, так и порождать их. В результате отклонения от нормы гораздо больше мешают взрослому окружению, чем самому пациенту. Пищевые идиосинкразии, невротический отказ от пищи, нарушения сна, приступы ярости и т. п. огорчают мать, но сам ребенок страдает от них только в случае, если ему не дают проявлять их во всей полноте. Источником страдания ему кажется как раз вмешательство взрослых. Даже такие постыдные симптомы, как ночное недержание мочи и кала, часто рассматриваются самим ребенком как несущественные. Невротические задержки развития часто ведут к полной потере интереса к вызывающей страх области, то есть ограничению влияния на нее "я", и, соответственно, к нежеланию получать от нее удовольствие. Дети, страдающие самыми тяжелыми нарушениями, — умственно отсталые, заторможенные, аутичные или подверженные детскому психозу — ничуть не озабочены своим заболеванием, от которого гораздо сильнее страдают их родители.

Есть и другие причины, по которым нельзя полагаться на показатель страдания. Дети гораздо меньше взрослых страдают от своей патологии, зато их гораздо сильнее ранят стрессы, обусловленные ее появлением. Вопреки распространенному ранее мнению мы теперь хорошо знаем, что психические расстройства в большинстве случаев — побочный продукт детской зависимости и даже самого нормального процесса развития. В раннем детстве источником страха и неприятных ощущений становятся неспособность удовлетворить собственные телесные потребности и инстинктивные желания; страх разлучения; неминуемые разочарования в нереальных ожиданиях. В следующей (эдипальной) фазе это ревность, соперничество и страх кастрации. Даже самый нормальный ребенок чуть ли не каждый день чувствует себя глубоко несчастным по той или иной причине. Чем лучше развивается ребенок, тем более сильными аффектами отвечает он на явления повседневной жизни. Напротив, как раз уступчивые, послушные дети вызывают у клинициста опасения, не идут ли у них подспудно ненормальные процессы. Опыт подсказывает, что такая уступчивость свидетельствует о том, что ребенок без протеста принимает самые неблагоприятные обстоятельства, а значит, у него можно предположить органическое повреждение или задержанное развитие "я" или чрезмерную пассивность инстинктивной жизни. Те маленькие дети, которые слишком легко расстаются с родителями, по всей видимости, по внутренним или внешним причинам не сумели создать с ними нормальные отношения. Детям, которые не боятся потери любви, может угрожать аутизм. В более позднем детстве чувство вины, внутренний конфликт и, как результат, душевный дискомфорт — неотъемлемые признаки нормального развития. Если они отсутствуют, мы подозреваем серьезные задержки процессов идентификации, интернализации, интроекции — другими словами, структурализации личности.

Как видим, нам следует принять парадокс: соотношение между патологией и страданием, нормой и спокойствием у детей обратное по сравнению со взрослыми.

И, наконец, я решительно повторяю то, что уже отмечала ранее (в 1945 г.). Детский аналитик ни в коем случае не должен основываться на таком решающем для взрослых симптоме, как нарушение функций. Достижения в детском возрасте не постоянны ни в той или иной области, ни во времени. Для оценки, в каких случаях колебания между прогрессом и регрессиями свойственны нормальному развитию, нет точки отсчета. И даже тогда, когда ухудшения функций задерживаются очень надолго, рискованно вешать на ребенка ярлык "задержавшегося в развитии" или "отсталого".

Детскому диагносту легко согласиться с нашими утверждениями, поскольку до сих пор спорным остается вопрос, какие сферы деятельности следует считать "жизненно важными". Игра, учеба, свободная деятельность фантазии, стабильность объектных отношений, социальная адаптация — каждая из этих сфер поочередно считалась главной. Однако по значению их нельзя сравнивать с важностью для взрослых таких фундаментальных понятий, как способность вести нормальную любовную и сексуальную жизнь и работоспособность. Как я уже писала ранее (1945), в детстве существует только одна сфера, заслуживающая названия главной, а именно способность нормально развиваться к зрелости, к формированию всех сторон личности, к вхождению в общество людей. До тех пор, пока эти процессы не затронуты, мы можем не опасаться возникающих время от времени симптомов. На них следует обращать внимание, только если затронуто само развитие: замедлено, повернуто вспять или "застряло" на одной точке.

## **ПРОЦЕССЫ РАЗВИТИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ**

Ясно, что практикующий детский аналитик должен решительно освободиться от любых негибких, статичных, описательных диагностических категорий. Только тогда он сможет увидеть клиническую картину открытыми глазами, то есть оце-

нивать симптомы с точки зрения развития "оно", "я" и "сверх-я", структурализации личности (т. е. внутреннего разграничения этих инстанций), способов функционирования (господство первичного или вторичного процесса). Полезно задаться вопросами: соответствует ли развитие ребенка в целом его возрасту или, может быть, оно опережает либо отстает и по каким причинам; идет созревание нормально или на него действуют какие-либо нарушения; имеет ли место регрессия, и если да, то насколько глубокая и до каких точек фиксации?

Для того чтобы найти ответы на эти вопросы, нужна четкая схема средних норм развития для всех составляющих личности, подобная той, которая была приблизительно обрисована в предыдущей главе. Чем полнее будет становиться эта схема, тем точнее мы сможем оценивать каждого конкретного пациента с точки зрения темпов развития, гармонии между линиями развития, временности или перманентности регрессий.

### *Рассогласования между развитием "оно" и "я"*

Закономерно ожидать возникновения патологии в случаях, когда различные части личности развиваются с разной скоростью. Самый известный клинический пример этого рода состоит в этиологии навязчивого невроза, когда формирование "я" и "сверх-я" опережает развитие инстинктивной жизни. Высокие моральные и этические требования входят в противоречие с относительно примитивными инстинктивными побуждениями и фантазиями и порождают внутренний конфликт, вследствие которого активизируется навязчивая защитная деятельность. (См. у З. Фрейда: "Я предлагаю, что временное опережение развития "я" по сравнению с развитием либидо следует включить в список предпосылок навязчивого невроза" (50, с. 325). Подобное симптомообразование может быть и следствием однонаправленной инстинктивной регрессии, как будет показано далее.)

Противоположное явление, а именно замедление развития "я" и "сверх-я" при нормальном или опережающем инстинктивном развитии, встречается не реже, а то и чаще: это боль-

шинство нетипичных клинических картин, пограничных состояний и т. п. У таких детей недостаточно развиты объектные отношения и функции "я" и "сверх-я", чтобы держать под контролем прегенитальные и агрессивные побуждения. На анально-садистической стадии у них отсутствует способность нейтрализовать либидо и агрессию и конвертировать их в важные для формирования характера реактивные образования и сублимации. На фаллической стадии недостаточно развитое "я" неспособно ограничивать эдипальные объектные отношения. В пубертатности сексуальная зрелость наступает в отсутствие возможности "я" формировать соответствующие генитальной стадии эмоциональные образования, вследствие чего половой акт лишается духовного содержания.

Другими словами, если опережающее развитие "я" ведет к внутренним конфликтам и тем самым к неврозам, то опережающее инстинктивное развитие ведет к отсутствию контроля над сексуальной и агрессивной сферами, формированию недостаточно интегрированной, дефектной личности (93).

### *Рассогласования между линиями развития*

Как мы подробно показали выше, рассогласования между линиями развития — вполне нормальные явления. Они становятся патогенным фактором лишь тогда, когда дисгармония превышает допустимые пределы.

В таких случаях дети попадают на прием к врачу с длинным списком жалоб от учителей и родителей. Они невыносимы как члены семьи; мешают товарищам по классу, ссорятся в играх, не могут ужиться ни в одном обществе и сами, как правило, глубоко несчастны и недовольны жизнью.

При клиническом обследовании они также не подходят ни под одну из обычных диагностических категорий. Их аномальность станет понятна только при выявлении достигнутых ими уровней на разных линиях развития.

Как правило, такое обследование показывает, что эти уровни никак не согласуются друг с другом. Высокий уровень речевого развития наблюдается при крайне низкой телесной са-

мостоятельности (настолько низкой, что заставляет предположить какие-либо органические нарушения), недостаточной эмоциональной зрелости, неумении вступать в социальные отношения с товарищами. Такие рассогласования чреватые искусно рационализированным инстинктивным поведением, разрастающимися фантазиями, недостатком самоконтроля над испражнением и мочеиспусканием — другими словами, трудноразличимой по своей этиологии симптоматикой, обычно квалифицируемой как "предпсихотичные" или "пограничные" состояния.

Нередки и случаи рассогласования между развитием по линии "от игры к работе", на которой ребенок задерживается, и по линии к эмоциональной зрелости, социальному приспособлению и телесной самостоятельности, продвижение по которой соответствует возрасту. Такие дети поступают на клиническое обследование из-за неудач в учебе, которые нельзя объяснить ни их умственным развитием, ни их пока еще адекватным поведением в школе.

При обычном обследовании не так уж легко выделить, каких именно ступеней развития отношений между "оно" и "я" ребенок не сумел достичь. Здесь может помочь обращение к самым ранним предпосылкам нормального отношения к работе: контролю над прегенитальными инстинктивными компонентами; функционированию в соответствии с принципом реальности; способности получать удовольствие от результатов своего труда. Иногда все они, иногда только некоторые отсутствуют.

В описательной же диагностике такие дети получают ярлык не умеющих сосредоточиться, невнимательных, а то и умственно отсталых.

### *Патогенные регрессии*

Регрессии (как показано в главе 3) безвредны или даже желательны, но лишь до тех пор, пока они обратимы, т. е. пока достигнутый ранее уровень развития восстанавливается спонтанно. В противном случае они наносят огромный вред,

так как нарушается соотношение между различными составляющими личности ("оно", "я", "сверх-я").

Регрессии обоих видов могут возникнуть во всех частях психического аппарата.

Там, где регрессия начинается в "я" и "сверх-я" и сводит достижения обоих на более низкий уровень, состояние инстинктивных производных косвенно повреждается. Повреждения в "я" и "сверх-я" снижают их способность к овладению инстинктами, защитные возможности и вызывают прорывы "оно" в сферу "я", которые ведут к импульсивному поведению, всплескам агрессивности, проникновению иррациональных элементов в сознание и еще недавно вполне разумное поведение ребенка. Родители наблюдают, как без всяких видимых причин характер ребенка меняется до неузнаваемости. Причины такой деградации личности, как правило, коренятся в каких-либо сильных переживаниях, с которыми не справилось "я" и которые поэтому осуществились в фантазии: страх разлучения, тяжелое разочарование в объекте любви, разрушение иллюзий и идентификации и т. д. (75).

Регрессия может начинаться и со стороны "оно", и тогда ее патогенное влияние направлено в противоположную сторону. "Я" и "сверх-я" могут быть затронуты двояким образом, в зависимости от того, смиряются они с примитивными либидными инстинктами или противостоят им.

В первом случае "я" снижает свои требования и вовлекается в регрессивное движение; внутреннее равновесие при этом сохраняется. Однако цена за такое новообразование — это отступление личности в целом по направлению к инфантилизму, диссоциальности и пограничному поведению. Насколько далеко пойдет нарушение, зависит от силы возвратного движения обеих составляющих личности, от того, до какой точки фиксации доходят инстинкты, какие из достижений "я" остаются сохраненными и на каком генетическом уровне регрессия остановится.

Второй вариант характерен для тех детей, чье "я" и "сверх-я" достаточно рано достигли высокого развития, вследствие чего образовалась так называемая вторичная автономия

"я" (70), т. е. степень независимости от инстинктивной жизни, которая дает таким детям возможность твердо противостоять инстинктивным регрессиям как враждебным "я". Такие дети не следуют безропотно за вновь всплывшими прегенитальными и агрессивными импульсами и не допускают соответствующие им фантазии в сознание. Напротив, они испытывают ужас, приводят в действие механизмы защиты и, лишь когда защита не спасает, идут на компромисс, позволяя образоваться симптому. Короче говоря, развивается внутренний конфликт, ведущий к хорошо знакомым нам инфантильным неврозам; истерии, фобиям, "ночным кошмарам", навязчивым идеям, церемониям отхода ко сну, задержкам в развитии и неврозам характера.

Убедительные примеры различия между оправданными и враждебными по отношению к "я" последствиями инстинктивной регрессии мы находим в клинической работе с мальчиками, которые нередко вследствие страха кастрации деградируют с фаллической (эдипальной) на анально-садистическую стадию развития.

Мальчики, у которых "я" и "сверх-я" втянуты в обратное движение, становятся менее опрятными, более агрессивными. Они сильнее зависимы, чем прежде, от своих матерей (т. е. менее самостоятельны); демонстрируют пассивность и немужественность. Короче, они без внутреннего противоречия возвращаются к наклонностям и свойствам, характерным для прегенитальной сексуальности и однажды уже успешно преодоленным.

У тех мальчиков, "я" которых достаточно развито, чтобы защищаться от инстинктивной регрессии при помощи страха и чувства вины, патологическое следствие зависит от того, против какого инстинктивного элемента сильнее всего протестует их "я". Если "я" одинаково энергично протестует против неопрятности, садизма и пассивности, симптоматика цветет пышным цветом. Если осуждение "я" направлено только против неаккуратности, возникает чрезмерная опрятность,

навязчивое стремление то и дело умыться, страх поллюции и т. п. Если сильнее отторгаются агрессия и садизм, следствием становятся пассивность, неспособность к соревнованию. Если наиболее сильный страх вызывают пассивно-феминистические стремления, появляется боязнь быть превращенным в женщину или некомпенсированная#нарочитая агрессивная мужественность. Так или иначе, следствием становится невроз, и не столь существенно, выражен он отдельным навязчивым симптомом или навязчивым изменением характера.

Не вызывает сомнения, что и в этих случаях "я" в конце концов подвергается воздействию регрессии и становится более инфантильным. Однако это — вторичное явление, порожденное примитивными защитными механизмами (отречением, магическим образом мышления, изоляцией, отказом от деятельности), которые приводятся в действие в дополнение к соответствующим возрасту реактивным образованиям.

## **ТИПИЗАЦИЯ КОНФЛИКТОВ И СТРАХА ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА**

**В** ходе нормального развития каждый ребенок проходит ряд стадий от причинного единства личности к ее структурализации ("оно", "я", "сверх-я"). Раньше всего недифференцированная психическая масса подразделяется на "оно" и "я", т. е. на две области функционирования, для которых характерны различные цели, намерения и методы. За этим первым разделением следует второе — разделение "я" на собственно "я", "сверх-я" и "идеал "я"", которые по отношению к "я" выполняют критическую и направляющую роль.

Задержки или рассогласования в развитии, определение уровня, на котором находится ребенок, открываются диагносту двумя проявлениями: типом конфликтов и господствующим типом страхов.

Мы различаем три типа конфликтов, свойственных детскому возрасту.

*Внешние* конфликты разыгрываются между целостной личностью ребенка и объектным миром. Они возникают, когда "я" ребенка подчинено инстинктам удовлетворения, а контроль над инстинктивными производными осуществляется со стороны внешнего мира. Это характерно для самого раннего детства, пока ребенок неспособен овладеть своими инстинктивными побуждениями, т. е. пока его "я" не разграничено с "оно". Если такое состояние сохраняется в более позднее время или регрессивно возрождается, налицо инфантильность. Соответствующие этому конфликту страхи также порождены внешним миром. Их хронологическая последовательность приблизительно такова: страх гибели при утрате материнской заботы (страх разлучения в период биологического единства матери и ребенка); страх утраты объекта любви (после установления константных объектных отношений); страх перед осуждением и наказанием (во время анально-садистической фазы, на которой страх усиливается за счет собственной агрессии ребенка); страх кастрации (в фаллическо-эдипальный период).

Второй тип конфликтов возникает после того, как ребенок посредством идентификации с родителями сделает их требования своими собственными и родительский авторитет по большей части будет перенят "сверх-я". Причины, порождающие такие конфликты, остаются прежними: возможность или невозможность удовлетворения желаний. Но сами противоречия разыгрываются уже во *внутренней* жизни, между *психическими* инстанциями. Они проявляются в типичном страхе "сверх-я", т. е. в чувстве вины. Появление чувства вины безошибочно укажет диагносту, что ребенок достиг важнейшего уровня структурализации, а именно что началось функционирование "сверх-я".

Главная отличительная черта *третьего типа конфликтов* состоит в том, что внешний мир не оказывает на них никакого влияния — ни прямого, как в первом типе, ни косвенного, как во втором. Внутренние конфликты возникают вследствие генетически обусловленных отношений между "оно" и "я", раз-

личия в организации этих составляющих личности. Инстинктивные производные и взаимоисключающие аффекты — любовь и ненависть, активность и пассивность, мужественность и женственность — сосуществуют, не враждуя друг с другом, до тех пор, пока "оно" и первичный процесс безраздельно владеют психическим аппаратом. Но как только созревает "я" и пытается при помощи синтетической функции управлять ими, противоречие становится непереносимым. В то же время любое количественное увеличение "оно" расценивается незрелым "я" как угроза, и это также порождает конфликт. Такие внутренние конфликты вызывают множество страхов, но, в отличие от страха перед внешним миром или чувства вины, они скрываются в глубине и выдают свое присутствие обычно не на стадии постановки диагноза, а в ходе аналитического лечения.

Классификация конфликтов и страхов на три типа (внешние, осознанные, внутренние) оказывает диагносту существенную помощь при определении степени серьезности конфликтно обусловленных детских нарушений. Она же объясняет, почему некоторые нарушения могут быть излечены лишь изменением внешних условий жизни (это конфликты первого рода, порожденные внешним миром); почему в других случаях требуется аналитическая помощь средней продолжительности (конфликты второго рода); и почему, наконец, иной раз требуется весьма длительный и сложный анализ (внутренние инстинктивные конфликты) (62).

## **ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА**

Аналитик, перед которым стоит задача оценки степени серьезности нарушений у ребенка, должен также высказать предположения относительно перспектив, т. е. психического здоровья или болезни в будущем. Такой прогноз следует делать, исходя не только из наблюдаемых инфантильных нару-

шений, но и из основных свойств личности, играющих важную роль в поддержании внутреннего равновесия. Эти свойства принадлежат психической конституции ребенка, т. е. являются либо врожденными, либо приобретенными в результате самого раннего опыта. Поскольку роль посредника между внутренними инстанциями и между личностью в целом и внешним миром выпадает "я", эти свойства являются отличительными признаками "я". Самые примечательные из них: способность терпеть неудовольствие и лишения; способность к сублимации; эффективные способы защиты от страха; стремление к развитию.

### *Преодоление неудовольствия и способность к сублимации*

Шансы ребенка сохранить психическое здоровье во многом зависят от того, насколько его "я" способно преодолевать лишения, т. е. неудовлетворенность инстинктивных производных. Индивидуальные различия в этой области очень велики, особенно у самых маленьких. Некоторые не переносят никакой отсрочки, никакого ограничения в удовлетворении инстинктивного желания и протестуют против этого слезами, гневом, другими проявлениями нетерпения. Они настаивают на немедленном и полном осуществлении первоначального желания, отвергая любые замены и компромиссы. Такие протесты против подчинения необходимости обычно начинаются в младенческом возрасте с трудностей при кормлении, распространяясь затем на другие области. Других детей, напротив, можно удовлетворить гораздо легче. Те же самые лишения они переносят без возмущения и охотно принимают замещающие удовлетворения. Эти рано приобретенные установки сохраняются обычно на более поздние годы.

Нет сомнений, что внутреннее равновесие у детей первого типа более подвержено опасности, чем у детей второго типа. Детское "я", вынужденное сдерживать огромное напряжение, пользуется самыми примитивными средствами защиты — отречением и проекцией — или периодически дает им выход в виде неконтролируемых вспышек гнева. От таких вспомога-

тельных средств совсем недалеко до патологических компромиссных образований — т. е. невротических, диссоциальных и перверсивных симптомов.

Дети второго типа или вовсе не подвержены воздействию таких сил, или находят облегчение в здоровом замещении или нейтрализации инстинктивной энергии, направляя ее на незапрещенные, достижимые цели. Способность к сублимации оказывает бесценную помощь в борьбе за поддержание психического здоровья.

### *Преодоление страха*

Хорошо известно, что все без исключения дети испытывают какие-либо формы страха, поскольку последние сопутствуют прохождению различных стадий линий развития. (Страх разлучения соответствует стадии биологического единства матери и ребенка; страх лишиться любви — стадии формирования константных объектных отношений; страх кастрации — стадии эдипова комплекса; чувство вины — стадии образования "сверх-я"). Для прогноза важны скорее не формы и даже не интенсивность страха, который испытывает индивид. Здесь важна способность "я" преодолевать страх. И в этом различия между детьми огромны.

Дети, для которых непереносим даже умеренный страх, особенно подвержены неврозам. Их "я" вынуждено вытеснять и отрицать любые внешние и внутренние опасности, могущие стать источником страха; или проецировать внутренние опасности на внешний мир, из-за чего последний становится еще более пугающим; или фобически избегать от опасных ситуаций, которые могут вызвать страх. Избегание страха любой ценой превращается в установку для всей дальнейшей жизни, которая предполагает постоянное использование механизмов защиты, что легко может привести к неврозу.

Гораздо более психически устойчивы те дети, чье "я" не избегает страхов, а противостоит им при помощи собственных ресурсов: интеллектуального осмысления, логического мышления, активных изменений внешних обстоятельств, даже аг-

рессивных противодействий. Такое "я" способно преодолеть большое количество страхов и успешно обходиться без чрезмерных защитных, компромиссных и симптомных образований. (Активное преодоление страха не следует смешивать с известными гиперкомпенсациями детей, в первом случае "я" защищается от грозящей опасности; во втором — от фобических избеганий опасности.)

Прекрасный пример активного преодоления страха содержится в наблюдении О. Исаковера. Перепуганный ребенок говорит сам себе: "Солдат тоже боится, но он счастливый, ему это нипочем".

### *Регрессивные тенденции против прогрессивных*

Хотя прогрессивные и регрессивные устремления действуют в психическом аппарате на протяжении всего детства, они могут находиться в разном отношении друг к другу. Есть дети, которым любой новый опыт сулит удовольствие: они радуются новому блюду, расширению возможностей передвижения, безболезненно покидают мать ради новых ощущений, игр, новых товарищей и т. д. Для них нет ничего важнее, чем стать "большими", делать то, что делают взрослые, и все, что хоть как-то соответствует этому желанию, возмещает им неизбежные затруднения и разочарования. В противоположность этому другие дети каждое изменение воспринимают как лишение привычного удовольствия, то есть нечто страшное. Они не отказываются от груди в соответствующем возрасте, и перевод на твердую пищу становится для них шоком. Они не хотят стать большими, им страшно покинуть мать, они боятся чужих, а позднее приходит страх перед принятием на себя ответственности и т. п.

Выяснить, к какому из названных типов относится ребенок, легче всего при наблюдении его в нестандартных обстоятельствах, например при тяжелой физической болезни или появлении в семье нового ребенка. Дети, чье стремление к прогрессу сильнее, чем регрессивные тенденции, используют длительное время болезни для созревания "я", чувствуют себя

по отношению к новорожденному как "старший" брат или "старшая" сестра. Где сильнее регрессивные склонности, ребенок делается во время болезни инфантильным, новорожденному он завидует и сам хочет вернуться в положение младенца.

Различия этого рода не лишены прогностического значения. То, что дети первого типа получает удовольствие от своих успехов, само по себе способствует созреванию, развитию и специальной адаптации. Дети второго типа могут "застрять" на каждой стадии развития, создав точки фиксации, их равновесие легко нарушается, склонность к регрессии порождает страх, а следовательно, и защитный невротический симптом.

## **МЕТАПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАЗВИТИЯ**

Каждое психоаналитическое обследование ребенка дает множество фактов, касающихся всех сторон и слоев личности: телесного и психического; прошлого и настоящего, внешнего и внутреннего мира ребенка; травматических и благотворных влияний; успехов и неудач; фантазий и страхов; защитных процессов, симптомов и т. д. И хотя полученная информация нуждается в скрупулезной проверке и подлежит корректировке в процессе лечения, первейшая заповедь аналитика гласит: ни один отдельный факт не может быть рассмотрен сам по себе, вне связи с другим материалом. Наследственность проявляется как патогенное влияние только в сочетании с пережитыми событиями. Органические нарушения (физические дефекты, слепота, глухота и др.) становятся причиной психических заболеваний лишь при определенных условиях жизни и в зависимости от психических вспомогательных средств, которыми индивид внутренне располагает. Стоит ли оценивать страхи (см. выше) как патогенные, также зависит не от вида и интенсивности самих страхов, а от способности ребенка их преодолеть. Вспышки ярости и иррациональные действия следует сравнить с принятым в семье поведением, а также выявить, является ли такое поведение ребенка спонтанным или он про-

сто подражает старшим, идентифицируя себя с ними. Травматические события надо оценивать не сами по себе, а по тому влиянию, которое они оказали на конкретного ребенка. Такие свойства, как храбрость или трусливость, корыстолюбие или великодушие, благоразумие и безрассудство, имеют различное значение в разных жизненных обстоятельствах, в разном возрасте, на разных стадиях развития. Другими словами, одни и те же данные обследования для разных личностей имеют совершенно разное значение. Вне контекста личности они так же мало пригодны для постановки диагноза, как и попытки сопоставления одних и тех же элементов личности у разных индивидов.

Задача проводящего обследования аналитика — организовать полученный материал в некую структуру, которую можно было бы называть метапсихологической картиной личности. Такая картина должна включать все многообразие информации о ребенке: особенности его физического и генетического развития, условия жизни, способность к адаптации и т. д.

Картины этого рода полезно составлять в различные моменты общения с ребенком: при знакомстве, во время диагностического обследования; во время аналитического лечения; после лечения. Они не только помогут избежать ошибок при постановке диагноза, но и будут служить критерием для оценки результатов лечения в частности и терапевтической эффективности аналитических методов в целом.

На этапе постановки диагноза метапсихологическая картина личности должна включать внешние симптомы, описание пациента, его семьи в нескольких поколениях и множество других фактов, которые предположительно могли оказать влияние на ребенка. Затем можно перейти к описанию внутренней жизни ребенка, к информации о структуре его личности, динамическом соотношении сил между инстанциями, соотношении сил между "оно" и "я", приспособлении к внешнему миру и выдвинуть гипотезы об уровне развития (которые впоследствии надо обязательно проверить). Полученные данные можно сгруппировать в такую схему.

## *Схема метапсихологической картины развития*

*I. Причины обращения к аналитику* (нарушения развития, проблематичное поведение, задержки, страхи, симптомы и т. д.).

*//. Описание ребенка* (внешний вид, манера держаться, поведение).

*III. Семейный фон и история детства.*

*IV. Предположительно важные влияния окружающего мира* (положительные и отрицательные).

*V. Данные о развитии.*

1. Инстинктивное развитие.

1) либидо — следует исследовать:

а) развитие либидо:

достиг ли ребенок соответствующей своему возрасту фазы (оральной, анально-садистической, фаллической, латентного периода, препубертата), и в частности, состоялся ли переход от анальности к фаллической сексуальности;

существует ли на достигнутой фазе ее главенство;

удерживается ли в момент обследования ребенок на достигнутой им ступени, или имеет место регрессия;

б) распределение либидо:

распределены ли либидные заполнения соответствующим образом между самим ребенком и объектным миром;

достаточно ли нарциссического заполнения (первичный и вторичный нарциссизм, заполнение телесного "я", "я" и "сверх-я") для обеспечения соответствующего самоощущения; в какой степени ощущение себя зависит от объектных отношений;

в) либидо объекта:

достигнута ли соответствующая возрасту ступень объектных отношений (нарциссическая, по типу примыкания и опоры, константность объекта, преэдипальная, целеограниченная, пубертатнообусловленная);

удерживается ли на ней ребенок, или имеет место регрессия;

соответствует ли форма объектного отношения достигнутой (или регрессивно полученной) фазе развития либидо.

2) агрессия — следует исследовать, какие формы проявления агрессии имеются в распоряжении ребенка:

а) количественный показатель (присутствие или отсутствие в клинической картине);

б) качественный показатель (соответствие с достигнутым уровнем развития либидо);

в) направленность (на внешний мир или на себя самого).

## 2. Развитие "я" и "сверх-я"

а) установить, насколько исправны или нарушены имеющиеся в распоряжении "я" психические аппараты;

б) установить, насколько исправны функции "я" (память, проверка реальности, синтетическая функция, речь, вторичный процесс); обусловлены ли нарушения генетически или невротически; появились они одновременно или неодновременно (использовать данные тестов интеллектуальности);

в) детально рассмотреть, насколько развиты защиты "я" и решить:

направлена защита против определенной инстинктивной производной (здесь необходимо указать, какой) или против инстинктивной деятельности и инстинктивного удовлетворения в целом;

соответствуют ли возрасту (запаздывают или опережают) механизмы защиты;

сбалансирована ли защитная деятельность (т. е. имеется ли в распоряжении "я" большое количество механизмов, или оно ограничено небольшим количеством);

эффективна ли защитная деятельность, особенно по отношению к страхам; сохраняет ли она равновесие между инстанциями; существует ли внутренняя подвижность, или она подавлена и т. п.;

насколько зависима или независима защита ребенка от объектного мира (развитие "сверх-я");

г) отметить все случаи вторичного повреждения защитной деятельностью функций "я" (расплата личности за поддержание собственной защиты).

## *VI. Точки фиксации и регрессии (генетические данные)*

Мы считаем, что в основе всех инфантильных неврозов, а также многих инфантильных психозов лежат регрессии либидо к генетически обусловленным точкам фиксации. Локализация этих точек в истории жизни является поэтому одной из важнейших задач диагноста. Указания на точки фиксации при первичном обследовании следует искать ^:

1) некоторых формах поведения, характерных для данного ребенка, которые позволяют заглянуть в инстинктивные процессы и отметить, где произошло подавление, оставившее глубокий след. Известнейший пример этого рода — картина навязчивого невроза, при котором такие свойства, как опрятность, любовь к порядку, экономность, пунктуальность, сомнения, нерешительность и т. п., указывают на конфликт анально-садистической фазы, т. е. на точку фиксации в этом месте. Точно так же другие картины поведения выдают точки фиксации на других областях или стадиях развития (озабоченность ребенка жизнью и здоровьем родителей, братьев и сестер выдает глубину конфликтов, связанных с инфантильным желанием смерти родителей; страх перед приемом лекарств, определенные сложности в питании и т. п. соответствуют защите против оральных фантазий; застенчивость как свойство "я" означает отвергнутый эксгибиционизм в "оно"; тоска по дому — застарелый амбивалентный конфликт и т. д.);

2) в детских фантазиях, которые иногда случайно приоткрываются диагносту, но, как правило, доступны посредством теста (во время анализа сознательные и бессознательные фантазии ребенка дают богатый материал по истории его развития);

3) в тех симптомах, в которых видна жесткая связь между бессознательным фоном и манифестной формой правления (хорошо известных диагностам как навязчивые неврозы) с известными точками фиксации; напротив, такие симптомы, как, например, ложь, воровство, энурез и т. п., возникают на самом различном инстинктивном фоне и не содержат информации, ценной для постановки диагноза.

### *VII. Конфликты* (динамические и структурные данные)

Поведением управляет взаимодействие между внешними и внутренними силами или одними внутренними силами (сознательными и бессознательными) между собой, при котором возникают конфликты. Нужно исследовать конфликты конкретного ребенка и классифицировать их по принадлежности:

а) к внешним конфликтам (между личностью ребенка в целом и объектным миром; сопутствующий конфликту страх перед объектным миром);

б) к глубоко осознаваемым конфликтам (между "оно" и инстанциями "я", после того как последние взяли верх и ставят перед "оно" требования внешнего мира (конфликту сопутствует чувство вины);

в) к глубоким внутренним конфликтам (между противоречивыми, не согласованными друг с другом инстинктивными побуждениями — неразрешенная амбивалентность, активность — пассивность, мужественность — женственность).

По типу конфликта, доминирующего у обследуемого ребенка, можно сделать выводы:

1) о степени его зрелости, т. е. относительной независимости личности от объектного мира;

2) о тяжести его нарушения;

3) о методах воздействия, которые следует выбрать при лечении.

### *VIII. Основные свойства характера.*

Для оценки шансов обследуемого ребенка на спонтанное выздоровление или успешное лечение очень важно изучить следующие его личностные свойства и способности.

1. Способность терпеть лишения. Если ребенок не переносит ограничений и отказов (в соответствии с возрастом), у него, скорее всего, возникнет больше страхов, чем "я" способно преодолеть, и будет запущен механизм чередования регрессий, защиты и симптомообразования. Там, где способность терпеть лишения выше, легче поддержать внутреннее равновесие или восстановить его, если оно нарушено.

2. Способность сублимировать инстинктивные побуждения. Здесь велики индивидуальные различия. Если ребенок принимает замещающие и нейтрализованные удовлетворения, компенсирующие неминуемые разочарования в инстинктивной жизни, вероятность патологии минимальна.

3. Отношение ребенка к страху. Важно различать фобические избегания страха и склонность к активному преодолению страха. Первое само по себе может привести к патологии; второе является признаком здорового, хорошо организованного, деятельного "я";

4. Соотношение между прогрессивными силами и регрессией в развитии ребенка. И те, и другие свойственны незрелой личности. Если первые сильнее, чем вторые, шансы на здоровое развитие или самоизлечение выше, чем в противоположном случае: мощные скачки в развитии помогают ребенку "заживить" свои симптомы. Если преимущество имеют регрессивные стремления и ребенок цепляется за архаические источники удовольствия, сильнее сопротивление лечению. Соотношение сил между обеими тенденциями дает о себе знать через конфликт между стремлением вырасти и нежеланием отказаться от инфантильных удовольствий.

#### *IX. Диагностические категории:*

И наконец, следует обобщить собранные и классифицированные данные в диагноз. Предстоит выбрать одну из следующих возможностей.

1. За исключением некоторых особенностей поведения, развитие личности ребенка протекает без патологии, т. е. подпадает под широкую категорию "вариаций нормы".

2. Существующие патологические образования (симптомы) преходящи, и должны быть отнесены к побочным продуктам развития.

3. У ребенка налицо перманентная инстинктивная регрессия к установленным точкам фиксации, что ведет к внутренним конфликтам, порождающим инфантильные неврозы и нарушения характера.

4. Перманентная регрессия породила регрессии "я" и "сверх-я", что ведет к инфантилизму, пограничным состояниям, диссоциальности и психозам.

5. Врожденные (из-за органических нарушений) или приобретенные на первом году жизни повреждения психической конституции затронули процесс развития, препятствуют формированию и разделению внутренних инстанций, что привело к дефектизации, отставанию в развитии или какой-либо нетипичной клинической картине.

6. У ребенка налицо остановка процесса развития (инфантильные психозы, аутизм и т. д.), что явилось следствием каких-либо неизвестных воздействий (органического, токсического, психического или другого происхождения).

**ГЛАВА 5****ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ  
ЧАСТЬ 2. ИНФАНТИЛЬНЫЕ  
ПРЕДПОСЫЛКИ ПСИХОПАТИИ  
ВЗРОСЛЫХ**

Аналитическое обследование детей служит различным целям. Практическим — мы решаем, нуждается ли ребенок в лечении, и если да, какой терапевтический метод выбрать. Теоретическим — мы углубляем наши познания процессов развития. И наконец, что очень важно, — нам становится гораздо яснее картина начальных фаз многих психических нарушений, которые, как правило, дают о себе знать уже в зрелом возрасте. Мы можем составить, по термину, предложенному Лизелоттой Франкл, их "естественную историю", различая переходящие и постоянные патологические проявления.

**ИНФАНТИЛЬНЫЕ НЕВРОЗЫ**

По многим причинам диагностика инфантильных неврозов достигла больших успехов, чем в какой бы то ни было другой области. И прежде всего потому, что, как известно с первых шагов психоанализа, они не только сравнимы с неврозами взрослых, но и являются их "моделью и прототипом" (49, с. 147).

В фундаментальных трудах по психоанализу мы находим заверения, что детские неврозы дают для правильного понимания неврозов у взрослых "так же много, как детские сны для понимания сновидений взрослых" (53, с. 9). Изучение инфантильных неврозов, говорится далее, предохраняет от

ошибок при анализе неврозов взрослых (52, с. 363), поскольку "невроз в зрелости раскрывается, как правило, как прямое продолжение инфантильного заболевания" (там же, с. 364).

Между невротическими симптомами у детей и взрослых наблюдаются прямые соответствия. Истерия в обоих случаях демонстрирует беспочвенные страхи, острые приступы страха, и их конверсии в телесные симптомы: истерическую рвоту и страх отравления; боязнь открытого пространства и боязнь животных. Лишь клаустрофобия у детей встречается реже, зато чаще возникают ситуативные фобии — перед школой, зубным врачом и т. п. Навязчивый невроз у детей и взрослых проявляется как повышено-болезненная амбивалентность и выражается в церемониях засыпания, навязчивой страсти к умыванию, навязчивых идеях, действиях, пристрастии к магическим числам, словам и жестам или их избегании, избегании или навязывании прикосновений и т. д. Детским задержкам в играх и учебе соответствуют взрослые задержки в продуктивной деятельности. Общие симптомы: запрет на проявление агрессии, на обнажение своего тела, на проявление любопытства и, как следствие, неспособность к конкуренции. И лишь особенности формирования невротического характера несколько различаются у детей и взрослых.

Еще более важное значение, чем соответствие симптоматики, имеет тот факт, что неврозы у детей и взрослых развиваются одинаково. Классическая этиологическая формула гласит: 1) начальное достижение сравнительно высокого развития инстинкта "я" (у детей к фаллически-эдипальной, у взрослых — к генитальной сексуальности); 2) непереносимые страхи или разочарования на этой ступени (у детей — страх кастрации); 3) регрессия от соответствующего возрасту уровня к прегенитальным точкам фиксации; 4) активизация инфантильных сексуально-агрессивных импульсов, желаний, фантазий; 5) возникающее на этой почве чувство вины, мобилизующее защиту "я"; 6) защитная деятельность, ведущая к компромиссным образованиям; 7) и, наконец, результат — невротические симптомы или нарушения характера, различающиеся точками

фиксации, к которым деградирует инстинкт, содержанием отвергнутых фантазий и выбором механизмов защиты, которыми пользуется "я" (вытеснение, реактивное образование, проекция, обращение против себя самого и т. д.).

На заре психоанализа, когда к аналитику попадали только предварительно отобранные дети, мы считали, что большинство пациентов страдает именно инфантильными неврозами. Однако переход от частной практики к работе в детских консультациях и больницах и получение огромного материала, требовавшего аналитического изучения, в корне изменил и это представление.

Первое разочарование состояло в том, что симптомы у детей, в отличие от взрослых, не обязательно связаны со строением личности в целом, а часто возникают отдельно или связаны с симптомами и свойствами характера другой природы и происхождения. Симптомы навязчивого невроза — церемонии засыпания, навязчивые числа и т. п. — нередки у детей, которых по их беспокойности, неконтролируемости, импульсивности следовало бы отнести к истерикам. Точно так же истерические конверсии, фобии, психосоматические симптомы — у тех, кто демонстрирует навязчивый невроз. Хорошо воспитанные, социально приспособленные, разумные дети вдруг совершают диссоциальные поступки. Дети, никому не подчиняющиеся дома, соблюдают дисциплину в школе, и наоборот.

Следующим разочарованием стало открытие, что отдельные формы инфантильных неврозов совершенно необязательно порождают тот же невроз у взрослых. Часто бывает наоборот. Поведение "скверного" четырехлетнего ребенка весьма напоминает поведение взрослого асоциального типа: оба крушат и ломают все, что попадется под руку; хватают то, что понравилось, не считаясь с чувствами других людей. Однако, несмотря на всю схожесть, рассматриваемый ребенок вряд ли вырастет преступником. Скорее ему грозит развитие невротического характера либо навязчивый невроз. Дети, страдающие истерическими фобиями, вырастают в навязчивых невротиков. А те, что в детстве подвержены мании умывания, ритуальным

прикосновениям и т. п. (то есть проявляют симптомы навязчивого невроза), вполне могут стать шизоидами или шизофрениками.

О причинах таких несоответствий существует несколько предположений. Очевидно, что, даже если изначально инстинктивный компонент один и тот же (например, анально-садистический), "я" выбирает один из двух патологических выходов, и этот выбор происходит на фоне продолжающегося развития. Желание смерти, агрессии, ощущение себя несчастным, приемлемые на одном уровне, отвергаются на следующих как враждебные "я": тем самым симптоматика изменяется от диссоциальности к навязчивости. Точно так же при созревании "я" телесные защитные формы (конверсия, избегания) уходят на задний план, и их заменяет защита в психических процессах (числа, магические формулы, изоляции), то есть истерические симптомы заменяются навязчиво невротическими. Одновременное присутствие симптомов истерии и навязчивого невроза иногда объясняется просто: истерические дети в анально-садистический период приобретают дополнительные симптомы, которые соответствуют защитной борьбе этого периода. В других случаях, когда навязчивый невроз еще только формируется, беспочвенные страхи, фобии и другие истерические симптомы сохраняются как наследие уже пройденной стадии развития.

Амбивалентные конфликты у маленьких детей, страдающих навязчивым неврозом, следует, по-видимости, расценивать как раннее проявление раздвоения, дисгармонии структуры личности, которые являются предвестниками позднейших тяжелых психотических (шизофренических) расстройств.

Психопатологических явлений, присущих детству, гораздо больше, чем можно было предположить, основываясь на изучении взрослых. Опыт позволяет нам выделить как бы ядра, вокруг которых группируются различные симптомы. Так, например, все типичные навязчивые симптомы, церемониалы, ритуалы, приступы страха, фобии, психосоматические нарушения следует отнести к группе симптомов инфантильного

невроза. А такие явления, как неприятие существования объективного мира, отказ от соотнесения себя с реальностью, — к группе симптомов инфантильного психоза. Кроме того, существует множество других (не обусловленных органически) нарушений: сложности с питанием и отходом ко сну у младенцев; неконтролируемость мышечной активности и речи, неспособность соблюдать чистоту, сложности с обучением; первичные нарушения нарциссического либидо и более поздние нарушения объектных отношений; состояния, порожденные тенденциями к разрушению или саморазрушению, или неконтролируемыми сексуальными или агрессивными тенденциями; запоздалое развитие или инфантилизм личности. Причем такие дети нередко вообще не достигают фаллически-эдипальной стадии, на которой и формируются неврозы. У других остаются недоразвитыми, примитивными защитные механизмы, и тогда их симптомы свидетельствуют скорее о прорывах инстинкта, чем о борьбе с ним "я". А у обладателей неразвитого "сверх-я" не бывает моральных требований, глубоко осознаваемых конфликтов и чувства вины.

До сих пор существуют лишь описательные и отнюдь не достаточные картины развития эти нарушений. Некоторые из описанных явлений, вероятно, следовало бы оценить как предневротические, которые по мере созревания и структурализации личности могут превратиться в типичные неврозы. Другие — это, скорее "неудавшиеся" неврозы, т. е. безуспешные, незаконченные и кратковременные попытки "я" одержать верх над инстинктами.

## НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ

Как уже говорилось, нарушения развития встречаются у детей гораздо чаще и проявляются более разнообразно, чем у взрослых. Вероятность их возникновения увеличивается за счет зависимости ребенка от объектного мира, с одной стороны, и за счет собственно осложнений развития — с другой.

## *Внешние трудности*

В силу того, что младенцы и младшие дети не могут позаботиться о себе сами, им приходится довольствоваться той заботой, которой окружают их извне. И если эта забота недостаточно чутка, малыши реагируют на нее нарушениями, сосредоточенными, как правило, вокруг сна, кормления, нежелания оставаться в одиночестве.

Во всех этих отношениях естественные потребности детей не совпадают с общепринятыми в нашей культуре обычаями и привычками. У детей индивидуальный ритм сна, не совпадающий со сменой дня и ночи и практически никогда не отвечающий по длительности ожиданиям матери. У детей также есть собственные вспомогательные средства, чтобы облегчить переход от бодрствования ко сну, — это аутоэротические действия (сосание пальца, мастурбация или ласкание переходного объекта), однако они имеют возможность свободно предаваться им только с разрешения матери, которая дает его далеко не всегда. В силу детской природы засыпать ребенку было бы лучше всего, тесно прижавшись к матери, но это примитивное желание противоречит всем гигиеническим правилам, предписывающим ребенку спать в собственной, а не в родительской кровати. То же и с кормлением. Что именно есть, когда и в каких количествах, за очень редким исключением (грудное вскармливание "по первому требованию"), решает не ребенок. В результате он то испытывает мучительный голод, то вынужден есть, когда ему не хочется. Приучать к горшку (воспитание опрятности) также часто начинают тогда, когда еще нет ни способности к овладению сжимающими мышцами (сфинктером), ни какой бы то ни было телесной самостоятельности. Биологическая потребность ребенка в постоянном присутствии заботливого взрослого полностью игнорируется нашей западной культурой. И вследствие ошибочного мнения, будто ребенку полезно лежать, спать, а впоследствии играть одному, младенцы обречены долгие часы проводить в одиночестве.

Такое насилие над природой, какими бы добрыми намерениями оно ни оправдывалось, вклинивается между желанием и

его выполнением и препятствует гладкому протеканию процесса удовлетворения потребностей. В результате матери обращаются за помощью, так как их маленькие дети не могут заснуть или то и дело просыпаются, хотя они очевидно устали; или не хотят есть нужную пищу в достаточном количестве, или постоянно кричат, не успокаиваясь даже в присутствии матери.

Многих из этих нарушений можно избежать, если уход за грудным ребенком с самого начала разумно согласовать с его потребностями. Но если уж они появились, их уже не устранить, даже если мать готова изменить весь режим. Лишения и чувство неудовольствия, переживаемые в связи с определенной телесной или инстинктивной потребностью, остаются связанными с ней в воспоминании ребенка. Такое неприятное заполнение (вместо приятного) снижает силу инстинкта, т. е. положительного стремления к удовлетворению, и делает эту область уязвимой для невротических нарушений (36).

Непонимание потребностей младенца может иметь и другие тяжелые последствия. В ходе развития личности, т. е. осознания внешних воздействий, ребенок воспринимает отношение матери к своей инстинктивной жизни и начинает подражать ему. Если мать понимает, уважает и выполняет в рамках возможного его желания, от "я" ребенка также можно ожидать терпимости. Если же она без необходимости отказывает ему в удовольствии, откладывает исполнение его желаний или просто не обращает на них внимания, его "я", скорее всего, будет вести себя враждебно по отношению к инстинктам, вследствие чего готова почва для внутреннего конфликта, а затем и для развития невроза.

### *Внутренние трудности*

В противоположность пришедшим извне трудностям, которых легко можно избежать, внутренние сложности неочевидны. Они сильнее у тех детей, у которых почва для них подготовлена внешними рассогласованиями, и легче переносятся, если ненарушенная инстинктивная жизнь создает ребенку насыщенное удовольствие. Они присущи практически всем де-

тям и не менее закономерны, чем сами процессы созревания и развития, на которых они основаны. В отличие от патологии у взрослых, они преходящи, дети "перерастают" их, переходя к следующей ступени развития.

### *Нарушения сна*

Как бы заботливо и скрупулезно ни оберегали взрослые все привычки, связанные со сном на первом году жизни ребенка, трудности со сном или с отходом ко сну обязательно возникнут на втором году. Годовалый ребенок, если он не болен и не испытывает какого-либо дискомфорта, может вдруг уснуть посреди игры или с ложкой каши в руке. Но уже через несколько месяцев тот же самый ребенок, даже сильно устав, яростно протестует, как только его кладут в постель, плачет, ворочается и зовет мать. Такое впечатление, что он намеренно борется со сном, причем тем активнее, чем сильнее он устал. Вот в чем причина. Отход ко сну для ребенка перестает быть автоматическим удовлетворением телесной потребности. На втором году жизни "я" и "оно", ребенок "сам" и "объектный" мир уже отличаются друг от друга. Переход от бодрствования ко сну означает теперь следующее: отвод либидо и интересов "я" от объектного мира и обращение их внутрь себя. Ни то, ни другое нелегко осуществить, и у ребенка возникает страх, заставляющий его цепляться за бодрствование. Внешние симптомы таковы: ребенок без конца зовет мать, требуя то зажечь свет, то открыть дверь, то принести стакан воды. Лишь когда объектные отношения ребенка окрепнут, а его "я" будет чувствовать себя увереннее, эти трудности исчезнут: повзрослевший ребенок может позволить себе регрессию к индифферентному нарциссизму, то есть заснуть.

Как уже упоминалось, дети используют свои средства, чтобы перейти от бодрствования ко сну. Ребенок сосет палец, ласкает части своего тела, затем наступает время "переходных объектов" (игрушечный медвежонок и т. п.). Если последнее запрещено, а позднее запрещена мастурбация, может подняться новая волна трудностей с отходом ко сну. Если это происходит в

латентный период, то ребенок начинает использовать особые — навязчивые — методы борьбы: счет, принудительное чтение, навязчивые мысли и т. д.

Внешне нарушения засыпания у детей похожи на нарушения сна взрослых, страдающих депрессией или меланхолией. Однако лежащая за ними метапсихологическая картина совершенно другая, и детское нарушение не следует рассматривать как предтечу аналогичных неприятностей у взрослого. У них лишь одна общая черта — функция сна предрасположена к нарушениям.

### *Нарушения приема пищи*

Нарушения кормления изучены во всех своих подробностях. (См. гл. III, а также: 36) Трудности с приемом пищи напрямую связаны со сменяющимися друг друга стадиями развития и так же последовательно преодолеваются ребенком. Первые огорчения возникают при грудном вскармливании младенца, они обусловлены множеством причин. Во-первых, возможно, молоко с трудом высасывается из груди, возможно, у матери неудачная форма соска, а возможно, у нее самой сформировалось двойственное отношение или боязнь кормления грудью. У ребенка может быть неразвит сосательный рефлекс или снижена потребность в пище, а может быть, он автоматически реагирует на страх или амбивалентность матери.

Далее трудный период наступает во время отнятия от груди или бутылочки. Его можно предотвратить, если отнимать от груди или бутылочки очень бережно и постепенно. Если ребенок переживает это событие как травму, остается негативная установка к приему пищи, недоверие к каждому новому вкусовому ощущению, отвержение непривычных блюд, снижение орального удовольствия и т. д. Случается и противоположное: дети, которые были оторваны от груди внезапно, всю последующую жизнь испытывают неумный голод и страх остаться без пищи.

На следующей ступени в сражениях по поводу еды находит выражение амбивалентность ребенка по отношению к ма-

тери. (Впечатляющий пример: маленький ребенок, рассердившись на мать, имел обыкновение не только выплевывать то, чем она его кормила, но еще и соскребал последние остатки пищи с языка. Буквально: не желаю ничего твоего.) Такие битвы с матерью разыгрываются вокруг того, сколько нужно съесть и что именно (отказ от определенных блюд, настойчивое требование других), а также каким образом следует есть (правила поведения за столом).

Главные симптомы — отвращение к определенным запахам, цвету, форме, консистенции еды (это происходит вследствие защиты от анальных побуждений); отказ от мяса (разумеется, в семьях, где вегетарианству не привержены родители) как защита от регрессивных каннибалистских или садистских фантазий; отказ от жирной и мучной пищи или от пищи вообще как результат фантазии беременности.

Нередко родители боятся, что эти безобидные сложности являются предвестниками угрожающих жизни отказов от еды и без лечения могут в них перейти. Описанные нарушения не являются признаками патологических изменений, а генетически обусловлены и как таковые быстро проходят. Тревожиться надо только тогда, когда такие неприятные явления принимают чрезмерный характер. Подводя итог сказанному, еще раз повторим: сфера приема пищи весьма уязвима в детском возрасте и детские нарушения подготавливают почву для невротических расстройств аппетита и желудочных заболеваний у взрослых.

### *Архаические страхи*

Прежде чем у ребенка разовьются страхи, связанные со структуризацией его личности, ребенок проходит стадию так называемых архаических страхов, беспокоящих не только его самого, но и близких, так как их проявления очень интенсивны.

Их называют "архаическими", так как невозможно проследить их возникновение до какой-либо реальной опасной ситуации или неприятного переживания. Чаще всего это боязнь темноты, страх оставаться в одиночестве, страх перед чужими, перед новыми впечатлениями, перед громкими звуками

(перед громом, ветром и т. п.). С метапсихологической точки зрения это не фобии, так как нельзя выявить точку их возникновения. В противоположность фобиям фаллической фазы архаические страхи — свидетельство незрелости "я" и паники, вызываемой любым неизвестным впечатлением, с которым "я" не в состоянии справиться.

Чем более зрелым становится "я", тем дальше отступают эти страхи. Развитие памяти, проверка реальности, логическое мышление, интеллект и т. д., в особенности сокращение проециций и магического мышления, делают окружающий мир менее угрожающим.

### *Нарушения в поведении у маленьких детей*

Так называемое плохое поведение маленьких детей также заслуживает внимания, особенно в тех случаях, когда оно достигает такого уровня, что мать не может справиться с ребенком. Сложности с поведением напрямую связаны с анально-садистической фазой и выражаются частично в нечистоплотности, стремлении все ломать, крайней непоседливости, частично в неспособности расстаться с матерью, хныканье, плохом настроении, хаотичном излиянии чувств (в том числе и во вспышках ярости).

Несмотря на то что эти явления весьма напоминают патологию, век их недолог. Следует помнить, что единственным выходом инстинктивных побуждений у детей этого возраста является моторика, и картина изменится, как только появятся другие возможности, в первую очередь в связи с развитием речи.

### *Кратковременная фаза навязчивости*

Чрезмерная любовь к порядку, опрятность, различные ритуалы, церемонии засыпания прочно связаны в нашем представлении с навязчивым неврозом или навязчивым складом характера. Однако мы наблюдаем их проявления почти у всех детей на вершине или перед спадом анальной прегенитальности. Они соответствуют, с одной стороны, защите, выработав-

шейся в процессе приучения к горшку, а с другой — специфическим аспектам развития "я", обычно (хотя и не обязательно) связанным с преодолением анальных побуждений (69). Поведение детей в такой период сильно напоминает поведение страдающих навязчивым неврозом. Однако это не так. Все симптомы бесследно исчезают, как только развитие инстинкта и "я" переходит к следующей фазе.

В то же время эти кратковременные навязчивые симптомы могут перерасти в хроническую патологию, если по каким-то причинам либидное наполнение анально-садистической фазы избыточно. В этом случае часть энергии либидо так и остается "привязанной" к ней, и в фаллической фазе вследствие пережитого испуга может возникнуть регрессия. Такая рефессия, а также защита от нее формируют компромиссные образования, и это уже становится причиной настоящего и длительного навязчивого невроза.

*Нарушения в фаллической фазе,  
предпубертатности и пубертатности*

То, что переходы от одной стадии развития к другой порождают не только нарушения, но также и спонтанное излечение, становится особенно видно в периоды, когда изменяется не только качество, но и количество инстинктивных проявлений. Яркий пример тому — фаллическо-эдипальная фаза. Ей сопутствуют острый страх кастрации, страх смерти, желание смерти и пр., против чего создается защита, а все вместе формирует известную картину задержек, сверхкомпенсаций, регрессивных и пассивных действий. Этот "букет" симптомов исчезает в латентный период как прямое следствие биологически обусловленного снижения силы инстинктов. По сравнению с эдипальной фазой ребенка в латентном периоде осаждают гораздо меньше проблем.

Во время следующего генетического сдвига, перехода от латентного периода к предпубертатности происходит обратное. В этот период усиливаются примитивные прегенитальные тенденции, в особенности оральные и анальные, что ведет к

резкой потере многих достижений латентного периода (социальной адаптации, сублимации). Ребенок предпубертатного периода выглядит менее здоровым, менее уравновешенным, менее зрелым, то и дело стремится к диссоциальным действиям.

Картина снова резко меняется с переходом к пубертатности. Вновь всплывающие генитальные побуждения избавляют от привнесенных из негативного эдипова комплекса пассивно-феминистических стремлений, пронесенных через латентность и предпубертатность, а также от буйных прегенитальных проявлений, свойственных предпубертатности. Однако, как указывают многие авторы, пубертатный сдвиг создает свою собственную симптоматику, которая в самых сложных случаях имеет квазипсихотический, квазиасоциальный, пограничный характер. Эта патология также исчезает с завершением пубертатного периода. Д-р Г. Нагера в работе "Инфантильные неврозы" (1966) предлагает следующую последовательность нарушений, связанных с развитием:

а) нарушения развития (возникающие тогда, когда к ребенку предъявляют требования, которым он в силу возраста не в состоянии соответствовать и с которыми его "я" не может справиться без расстройств и разочарований);

б) генетически обусловленные конфликты (которые испытывает каждый ребенок на той или иной стадии развития);

в) невротические конфликты (между инстинктивными требованиями и осознанием требований внешнего мира, т. е. деятельности "сверх-я");

г) инфантильные неврозы.

## ДИССОЦИАЛЬНОСТЬ, АНТИОБЩЕСТВЕННЫЕ ПОСТУПКИ И ПРАВОНАРУШЕНИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КАТЕГОРИИ ДЕТСКОГО ПСИХОАНАЛИЗА

*Социальное приспособление и календарный возраст.*

*Юридическая и психологическая точки зрения*

Некоторые диагностические категории, о которых мы говорили выше, предстают в совсем ином свете, если посмотреть на них шире, чем применительно к той или иной стадии развития. Таковы диссоциальное поведение, правонарушения и криминальный склад характера.

Наша неуверенность в применении этих терминов свойственна и юристам, что видно на примере непрекращающихся дебатов о том, в каком возрасте ребенок, представ перед судом, должен быть признан "трудновоспитуемым, нуждающимся в особом присмотре и защите", до какого возраста необходимо освобождение от уголовной ответственности, а до какого следует отложить приведение приговора в исполнение. Этот вопрос по-разному решается в различных государствах и на различных континентах. В центральноевропейских странах средний возраст 13—14 лет. В Англии и Америке мы находим постепенную градацию юридических мер, начиная с 8 лет до полной ответственности с 16, 18 или 21 года. Европейские криминологи солидарны в том, что "желательно вводить полную ответственность перед законом не раньше 18 лет".

Воспитатели и аналитики чувствуют себя в этой области не более уверенно, чем юристы. Ясно лишь, что неверно называть так конфликты совсем маленьких детей с окружающим миром, даже если они крушат все вокруг и их поведение выводит из себя членов семьи, т. е. первого социального сообщества, в котором существует ребенок. Нельзя применять эти термины, прежде чем у ребенка сформируется эмоциональное и интеллектуальное понимание социальных предписаний и идентификации с ними, которая следует за идентификацией с родителями, т. е. носителями требований. Как и юристы, мы,

оценивая степень социальной адаптации, даем детям "отсрочку", понимая адаптацию как постепенный процесс, связанный с развитием инстинктов, "я" и "сверх-я" и всецело зависящий от него. Но, несмотря на эти теоретические допущения и в полную противоположность юристам, нам приходится, говоря даже о детях, не достигших пятилетнего возраста, употреблять термины "асоциальный", "запущенный", "общественно неприспособленный" или как минимум "латентно запущенный (беспризорный)" (2). Мы имеем здесь в виду не окончательное социальное приспособление созревшего индивида, а много промежуточных ступеней и частичных успехов, которые характерны для пути к социализации. И если ребенок, подрастая, не преодолеет ступень за ступенью эту лестницу, мы вправе выразить озабоченность его дальнейшей судьбой.

Окончательное социальное приспособление мы видим как результат целого ряда различных достижений развития. Их полезно рассмотреть по отдельности, так как это позволит вовремя обратить внимание на появившуюся дисгармонию, несоответствие развития или даже на неверную реакцию на внешние обстоятельства и предотвратить тем самым возможность серьезных последствий в будущем.

Такое рассмотрение заодно положит конец и заблуждению, будто диссоциальность или криминальность как нозологическое единство можно свести к специфическим внутренним причинам ("духовная неполноценность", "моральная нечистоплотность") либо к влияниям окружающего мира (разлучение с родителями, распад семьи, ссоры родителей, их невнимание к детям и т. п.). Оставив мысль отыскать причины диссоциальности, мы становимся способны рассматривать социальное приспособление как конечный результат трансформации асоциальных тенденций и отношений, свойственных каждому нормальному ребенку. Это дает возможность выстроить линии патологического развития, которые, разумеется, гораздо более сложны, неочевидны и содержат куда больше ответвлений, чем линии нормального развития.

### *Новорожденный как "сам себе закон"*

Новорожденный знает лишь один закон, а именно — внутренний принцип удовольствия, которому подчинены все его проявления. Под господством этого принципа он радуется приятному, отвергает неприятное и удерживает напряженность на как можно более низком уровне. Для будущей жизни новорожденного важно, что удовольствие и неудовольствие доставляет ему собственное тело (т. е. аутоэротика). В этих пределах он "сам себе закон".

### *Заботливая мать как первая законодательница*

Поскольку все остальные потребности младенец не в состоянии обеспечить сам, его внутренний принцип удовольствия подвластен тому, кто ухаживает за ним: мать либо удовлетворяет его, либо отказывает в этом. Благодаря этой роли она становится не только объектом его первой любви (по типу примыкания, опоры), но также и его первым "законодателем". Первые правила и законы внешнего мира, действие которых ощущает ребенок, регулируют частоту и количество предоставляемых удовлетворений. В этой области различны методы ухода за грудным ребенком: мать либо прислушивается к установленному самим ребенком принципу удовольствия, либо совершает над ним насилие. Здесь возможны две крайности. Одни избегают подвергать ребенка каким бы то ни было неприятным переживаниям и подчиняют, насколько это возможно, весь режим ему (кормление по потребности и пр.). Другие, наоборот, полностью игнорируют удовольствие, а неудовольствие используется как метод тренировки; такой метод получил название метода мрачного деспота.

Грудной ребенок, поддержание жизни которого зависит от материнской заботы, не в состоянии влиять на избранный ею режим. И все же даже в этот период вокруг ухода за ребенком разворачиваются подлинные сражения. Младенец воспринимает режим как враждебную силу, если он приносит ему неприятные ощущения, или как дружественную, если он приносит удовлетворение. Мать, со своей стороны, получает первую

возможность увидеть, будет ли ее ребенок послушным, "хорошим", легко управляемым или нетерпимым, своевольным, "тяжелым", в зависимости от того, принимает он ее ограничения или буйно протестует против них.

### *Внешние ограничения распространяются на инстинкты*

Ребенок подрастает, и мало-помалу противоречие между внутренним принципом удовольствия и требованиями внешнего мира смещается от элементарных телесных потребностей (еда, сон, тепло, удобство) в сферу базовых инстинктивных производных: прегенитальных, агрессивных, эгоистических. Для малыша естественно стремиться к их удовлетворению с тем же самым рвением, как прежде он стремился к насыщению при голоде. Он стремится к немедленному удовлетворению и сталкивается с ограничениями. Взрослые обязаны, хотя бы этого или нет, сдерживать его, чтобы предохранить самого ребенка от опасности или чтобы защитить других людей или предметы от его крайностей. Эта несогласованность между внутренним и внешним, стремлением к удовольствию и необходимостью подчиниться реальности проявляется в непослушании, неуправляемости, капризах, вспышках ярости и т. п., что свойственно практически всем детям.

### *Осознание внешних ограничений*

Очевидным признаком незрелости личности является неумение соотносить свои инстинктивные желания с возможностью их осуществления, которое строго подчинено внешнему миру. Формирование личности, характера целиком зависит от приспособления к этой ситуации, результатом чего становится право зрелого человека быть судьей собственным поступкам. Это также не свободный от конфликтов и достаточно болезненный процесс. Моральная независимость является результатом многочисленных внутренних столкновений между производными "оно" и способностями и функциями "я". Некоторые из противоречащих друг другу влияний, которые то способствуют социализации, то препятствуют ей, описаны ниже.

### *Принципы функционирования психики и их влияние на социализацию индивида*

И принцип удовольствия в его исходной форме, и его более поздняя трансформация, принцип реальности — представляют собой присущие психическому аппарату законы, овладевающие, каждый в свое время, психическими процессами. Принцип удовольствия господствует, как описано выше, в младенчестве. Позднее он по-прежнему определяет психические достижения, которые связаны с "оно", — бессознательную и (в незначительной степени) сознательную жизнь фантазий, сновидения, симптомообразование при неврозе или психозе. Принцип реальности управляет всеми нормальными достижениями "я" и в детстве, и в зрелости. Оба эти принципа являются теоретическими понятиями, принятыми с целью охарактеризовать различные виды функционирования психики. Они не содержат в исходном значении никакой моральной или социальной оценки.

Однако их применимость к социализации индивида столь очевидна, что ее нельзя обойти. Тот, кто находится под властью принципа удовольствия, стремится получить желаемое немедленно и невзирая ни на какие обстоятельства, т. е. не принимая во внимание нормы внешнего мира. Принцип реальности подразумевает ограничение или отсрочку исполнения желаний из соображений безопасности, т. е. помогает избежать или по крайней мере снизить болезненность при столкновении с реальностью. Следовательно, из подчинения первому проистекает диссоциальное "безответственное" поведение, в то время как следование второму способствует социальной адаптации, законопослушному поведению.

Однако отношение между принципом реальности и социализацией не так однозначно, как кажется на первый взгляд. Август Айхорн (2) первым указал на то, что беспризорные дети и малолетние преступники, достигая высокой степени принципа реальности, отнюдь не становятся социально адаптированными. Верно, что переход от принципа удовольствия к принципу реальности является предварительным условием социализации

индивида. Но не верно обратное: само по себе подчинение принципу реальности не является гарантией того, что индивид будет следовать социальным требованиям.

Становление принципа реальности на деле означает рост способности терпеливо переносить невозможность исполнения инстинктивных желаний или необходимость отсрочки или умение ставить замещающие цели, довольствоваться доступным. Многие авторы рассматривают это как решающее условие социализации, отсутствие таких навыков — как главную причину диссоциального поведения. Верное в целом, такое мнение все же является упрощенным, поскольку процесс социального развития включает множество других, ничуть не менее важных элементов.

### *Развитие функций "я" как условие социализации*

Продвижение ребенка от принципа удовольствия к принципу реальности (и тем самым к возможности социализации) зависит от достижения функциями "я" определенных ступеней развития. Когда в психическом аппарате будут заложены следы воспоминаний, то есть возникнет память, ребенок сможет действовать на основе опыта и предвидеть последствия своих действий. Без проверки реальности невозможно отличать внутреннее от внешнего, фантазии от реальности, а стало быть, нет оснований для замены галлюцинаторных осуществлений желаний целенаправленными действиями. Речь и связанные с ней вторичные процессы, такие, как логическое, рациональное мышление, способствуют пониманию причинно-следственных связей, а это новый громадный шаг к социализации, поскольку слепое подчинение требованиям внешнего мира заменяется осознанным. Ребенок приобретает способность продумывать свои действия, т. е. между возникновением инстинктивного желания и его удовлетворением появляется теперь интеллектуальный процесс. Другим важнейшим шагом к социализации является контроль "я" над двигательной сферой, который кладет конец инстинктивным действиям. Наконец, огромное значение имеет развитие синтетической функ-

ции "я", превращающей хаотический клубок импульсов, желаний, настроений, склонностей в четкую структуру, обладающую всеми свойствами личности.

Разумеется, прежде чем встанет вопрос о социальном приспособлении, человек должен вырасти из пределов первичного процесса. Мы не ожидаем социальных действий от ребенка, который еще не способен запоминать, говорить, думать и разумно анализировать. Точно так же мы не ожидаем их от умственно отсталых и органически дефективных детей. И вполне вероятно, что навыки социального приспособления будут утрачены вследствие тяжелых регрессий "я" в более поздней жизни или сведены на доречевой уровень, уровень первичного процесса.

### *Механизмы "я" и их роль в социализации*

По мере становления принципа реальности и вторичных мыслительных процессов начинает сужаться пропасть между внутренними оценками ребенка и оценками его окружения. Однако окончательно исчезнуть она может только тогда, когда на помощь приходят механизмы "я", основанные на либидных связях ребенка с окружающими. Наиболее известны среди этих механизмов подражание, идентификация и интроекция.

*Подражание* отношению к внешнему миру родителей — самый примитивный механизм, проявляющийся еще в младенчестве, как только ребенок начинает замечать внешний мир. Подражая родителям, ребенок как бы пробует себя в роли этих всемогущих и вызывающих восхищение персон, которым мистическим образом подвластно удовлетворение его желаний и которые подчиняют его каким-то таинственным правилам.

В преэдипальной фазе подражание сменяет *идентификация*, которая означает желание перенимать привлекательные черты родителей, так изменять себя, чтобы стать похожим на них. Социальные представления родителей, какими бы они ни были, переводятся тем самым из внешнего мира во внутрен-

ний мир ребенка, становятся его идеалом и предтечей его "сверх-я". Таким образом вновь возвращается изначальное единство с матерью, но теперь оно ограничивается областью морали и образования идеала.

Во время и после эдипального периода эта новая внутренняя инстанция посредством *интроекции* (перенос субъективных ощущений на объект) наделяется одалживаемым у родителей авторитетом, принимает на себя роль внутреннего законодателя, то есть "сверх-я", которое отныне и впредь контролирует все инстинктивные побуждения. Если "я" выполняет требования, предъявляемые "сверх-я", последнее вознаграждает его чувством самоудовлетворения и самоуважения; если "я" принимает сторону инстинктов, "сверх-я" наказывает его чувством вины. Таким образом, прежняя зависимость от родителей и страх перед ними повторяется уже как внутренний конфликт между инстинктивными желаниями ребенка и его внутренним законодателем.

Образование эффективного "сверх-я" означает для ребенка решающий прогресс в социализации. Он уже не просто подчиняется моральным требованиям, исходящим извне, он осознает их теперь как свои собственные. Но даже и тогда, когда "внутренний законодатель" сформировался, ребенок еще долго будет нуждаться в поддержке авторитетной фигуры из внешнего мира.

### *"Оно" как препятствие социализации*

Успешное развитие "я" и "сверх-я", с его идентификационными и интроекционными механизмами, нередко приводит к недооценке трудностей и препятствий на пути к социализации, которые нужно преодолеть. Сильное тяготение ребенка к принятию социальных норм, их признанию и, наконец, присвоению основано на эмоциональном отношении к родителям как их первым носителям. Однако не менее сильно у ребенка стремление к немедленному удовлетворению его инстинктивных желаний. Каждому ребенку достаточно трудно дается открытие, что прегенитальная сексуальность и инфантильная

агрессивность не вписываются в культурные нормы взрослых, что их следует изменить и что для приобщения к миру взрослых требуется коренным образом изменить всю свою внутреннюю организацию.

И огромное счастье, что не все необходимые модификации инстинктов обязательно достигаются посредством внутренних столкновений, некоторые изменяются спонтанно, в процессе роста и созревания.

Самые ранние каннибалистские фантазии, например, подвергаются первичным вытеснениям задолго до формирования "я" и тем более "сверх-я". Точно так же беспочвенная агрессивность и деструктивность маленького ребенка спонтанно связываются и умирняются не усилиями со стороны "я", а посредством их слияния с детским либидо. Схожим образом анальные побуждения, если только воспитатели не придают им чрезмерного значения, сами собой замещаются приемлемой с точки зрения культуры сублимацией.

Однако необходимо отметить, что большинство других инфантильных инстинктивных производных не столь податливы и попытки управлять ими ведут к конфликтам вначале с окружающим миром, а затем с инстанциями "я", вобравшими в себя требования окружающего мира. Ребенок больше не расценивает инстинкт только как источник удовольствия, он начинает проверять, подходит ли он окружающему миру, приемлем ли он. Нет сомнения, что почти все нормальные элементы инфантильной инстинктивной жизни (жадность, требовательность, зависть, стремление выделиться, желание смерти сопернику) толкают индивида к диссоциальности, если дать им возможность оставаться неизменными, и что социализация представляет собой не что иное, как защиту от них. Некоторые из них полностью вытесняются из сферы сознательного защитной организацией "я". Другие переходят в свою более приемлемую противоположность (реактивные образования) или направляются на другие, более приемлемые цели (сублимация). Третьи сдвигаются с собственной персоны на других людей (проекция). Осуществление сулящих наибольшее удовлетво-

рение побуждений, таких, как фаллическая сексуальность, откладывается на будущее.

Процесс социализации, охраняя ребенка от возможных диссоциальных тенденций, ограничивает, задерживает и обедняет его натуру. И неправы те авторы, которые представляют это как несчастье, вызванное "патогенным" действием защитных механизмов (вытеснение, реактивное образование) вместо использования "здоровых" механизмов адаптации (отсрочка, сублимация). Точно так же тут ни при чем и воспитательные усилия родителей, якобы сдерживающие свободное развитие ребенка. На самом деле все защитные механизмы служат как внутреннему инстинктивному преодолению, так и внешнему приспособлению, которые, в сущности, являются лишь двумя сторонами одного и того же процесса. Между процессом развития и защитными процессами не существует никакого противоречия; напротив, организация защитного процесса сама является важной и необходимой составной частью развития "я". Истинные противоречия лежат глубже, и их значение для развития не поддается однозначной оценке. Например, противоречие между полной свободой личности (то есть инстинктивной свободой) и необходимостью жить в обществе (то есть ограничением инстинкта). Добиться совмещения этих противоположностей крайне трудно, и это следует рассматривать как важнейшее препятствие на пути к социализации. Вместо того чтобы проводить различия между защитой и адаптацией, целесообразнее проверить результаты по следующим критериям.

1) *Соответствие возрасту.* Защитные механизмы имеют свою собственную хронологию, пусть даже приблизительную. Они могут принести вред, если появятся раньше положенного времени или задержатся слишком долго. Отречения и проекции, нормальные в раннем детстве, позднее действуют патогенно. Вытеснения и реактивные образования, появляясь слишком рано, "сковывают" детскую личность.

2) *Равновесие.* Наиболее здорова такая защитная организация, которая использует различные механизмы для защиты от

различных опасностей, не позволяя ни одному из них подавлять остальные.

3) *Интенсивность*. Приведет защитная деятельность к неврозу или к успешному социальному приспособлению, зависит не только от выбора механизмов, но также от интенсивности, с которой они действуют. Чрезмерность в овладении инстинктами может привести только к неврозу.

4) *Обратимость*. Никакой защитный механизм не должен действовать дольше, чем существует опасность, против которой он изначально направлен.

### *Неудачи социализации*

Чем больше факторов вовлечено в процесс социализации, тем многочисленнее нарушения, которые могут ему сопутствовать. Как говорилось выше, эти факторы двоякого происхождения: внешние (воспитательное воздействие родителей) и внутренние (созревание, рост и развитие "оно", "я" и "сверх-я"). Первые различаются в зависимости от семьи, социального положения и культурной принадлежности; вторые подвержены задержкам, регрессиям и прочим превратностям развития. Соответственно индивидуальные различия в формировании "сверх-я" огромны, и плодотворнее вести разговор о вариациях развития, чем об отклонениях от какой-то гипотетической нормы.

В настоящее время психоаналитическая литература различает много факторов и сочетаний факторов, которые могут привести к диссоциализации. Таковым, в частности, является повреждение высшего развития "я", что подтверждается результатами психологического обследования многих правонарушителей. Большинству из них свойственны примитивное мышление, отставание в развитии, дефективность и низкий коэффициент интеллектуальности (93). Многие авторы (2; 12) первостепенное значение придают диссоциальности или криминальности родителей, которая перенимается "сверх-я" ребенка посредством идентификации. То, что насильственное прерывание объектных отношений к родителям ведет к нару-

шению идентификации и, как следствие, к диссоциальности, впервые отметил А. Айхорн (2), а впоследствии доказал Джон Боулби (15). Сегодня это установленный факт.

Большинство авторов уделяет больше внимания качественным факторам процесса социализации, нежели количественным, хотя последние ничуть не реже становятся причиной неприятностей в детском возрасте. Каждое изменение силы инстинкта или "я" может нарушить еще очень беззащитную социальную позицию ребенка. Если "я", все равно по какой причине, ослаблено, он утрачивает способность контролировать инстинкт, регрессирует к примитивному стремлению к удовольствию, к эгоизму младенчества и начинает соответственно себя вести. Если возникает усиление инстинктивности в целом или какого-то отдельного инстинкта, защитные механизмы "я" перестают справляться с ними. Впрочем, такие количественные отклонения в порядке вещей, к каким бы последствиям они ни вели. Физическая боль, болезнь, страх, любое сильное огорчение ослабляют "я". Сила инстинкта растет или снижается вследствие внешних воздействий, таких, как совращение, зрелище полового акта, полная свобода в удовлетворении желаний или, наоборот, чересчур строгие ограничения; или из-за внутренних причин, например, при переходе от одной стадии развития к другой. (Сравните, например, количество инстинктивной силы в латентном периоде с периодом до и после. Этому снижению соответствует социально приспособленное поведение латентного ребенка.) До тех пор пока количественные факторы этого рода подвижны, социальное приспособление ребенка нельзя считать окончательным.

По мнению авторов, наибольшую угрозу процессу социального приспособления представляет инфантильная агрессивность, инфантильной сексуальности приписывается меньшее значение. Хотя внешне это так, такая точка зрения не выдерживает детальной проверки. Наделе, когда агрессивные стремления направляются либидо в правильное русло, они скорее способствуют социализации, чем препятствуют ей. Грудной ребенок нуждается в агрессивных (т. е. активных) стремлении-

ях, чтобы обратиться к внешнему миру и удержаться в нем. В дальнейшем агрессия усиливает желание стать большим и независимым и приобрести качества родителей, т. е. идентифицироваться с ними. Еще позднее она придает силу и твердость "сверх-я" в его взаимодействии с "я" и их общем взаимодействии с внешним миром.

И только если смешения между агрессивностью и либидо не происходит или если позднее происходит их расслоение, агрессивность в ее чистом виде становится угрозой социального поведения. Причины этого не в самом агрессивном инстинкте, а в том, что либидные отношения отстают в развитии или повреждаются вследствие таких событий, как разочарование в объекте, разлучение, потеря объекта, и оказываются недостаточно сильными, чтобы связать множество агрессивных элементов. С этой точки зрения особенно опасна анально-садистическая фаза, в которой агрессивность достигает пика, а либидным отношениям ребенка к окружающему миру угрожает его собственная амбивалентность. В это время любое эмоциональное потрясение может привести к тому, что агрессивные побуждения вырываются из-под воздействия либидо и уже в виде чистой деструкции направляются то против внешнего мира, то против самого ребенка. Такие дети становятся бесцеремонными, жадными, задиристыми и недоброжелательными в своем отношении к окружающим. И самое неприятное то, что агрессивность в такой освобожденной форме не поддается ни внешнему воздействию (со стороны родителей), ни внутреннему (со стороны "сверх-я"). Если не добиться связывания агрессии и либидо и создания удачных объектных образований, дальнейшее развитие ведет к диссоциальности и криминальности.

### *От стандартов семьи к стандартам общества*

Подражание, идентификация и интроекция, присущие эдипальному периоду, а также времени до и после него, ведут не далее чем к перениманию ребенком правил его родителей. Это последнее, будучи важным условием для последующего вступ-

ления в социальное сообщество взрослых, само по себе его не гарантирует, даже при таких вполне благоприятных обстоятельствах, когда мораль семьи совпадает с общепринятой.

Моральные воззрения семьи приемлемы для ребенка по двум причинам. Во-первых, они свойственны родителям, то есть людям, которых он любит и с чьим отношением к миру он готов идентифицироваться. Во-вторых, родители прививают их ему очень лично, учитывая его специфические особенности, вникая в его трудности, предпочтения и склонности. Пока родители сами нарциссически идентифицированы со своим ребенком, они не предъявляют к нему никаких требований, которые могли бы оказаться ему не по силам. Детям дается не только "скидка на возраст", но и "скидка" на индивидуальность, положение в семейном союзе. Впрочем, такое отношение может стать своеобразной ловушкой. Привыкнув к нему, ребенок считает, что имеет право на такое же отношение и в дальнейшем. И все же подобная терпимость необходима, ибо она позволяет ребенку укрепить свое собственное позитивное отношение к внешнему миру.

Легко может случиться, что ребенок сохранит лишь немногие из этих привилегий, стоит ему поступить в школу. Школьные правила до какой-то степени сходны с семейными, поскольку исходят от учителя, которого ребенок, при благоприятных обстоятельствах, любит и который может стать объектом идентификации. Но в целом школьные порядки практически не учитывают личность ребенка. Они различают детей по ступеням развития, но как бы всех вместе, не беря в расчет, что внутри каждой ступени (т. е. внутри школьного класса) существуют огромные различия. Ученик обязан соблюдать общие правила вне зависимости от тех жертв, на которые для этого должна пойти его личность. Поэтому многим детям трудно привыкнуть к школе. Ребенок, уверенно чувствующий себя дома, неуверен в себе в школе, и наоборот.

Со следующим шагом — из школы во взрослую общественную жизнь — правила и вовсе утрачивают личностный характер. То, что все граждане равны перед законом, не только бла-

го; это означает также то, что все привилегии, всякие особые отношения кончены. Закон жесток и безличен, он карает за нарушения, не беря в расчет никаких потребностей, желаний, комплексов индивида, склада его характера или интеллектуального уровня. И только для двух категорий он делает исключение: для психически больных и умственно неполноценных, то есть для тех, кто неспособен различать "добро" и "зло".

В отличие от основных правил морали, являющихся частью "сверх-я", законы общества, в силу их безличного характера и сложности, не становятся частью внутреннего мира. "Сверх-я" должно принять в себя не то или иное предписание, а сознание существования законов и готовность им подчиняться. В этом смысле добропорядочный гражданин по отношению к закону не так уж сильно отличается от ребенка, слепо признающего авторитет родителей. А нарушитель закона похож на ребенка, который игнорирует авторитет родителей и сопротивляется ему.

Существуют и такие люди, чьи моральные требования к самим себе строже и выше всего, чего от них ожидает окружающий мир. Их идеалы формируются на основе идентификации не с реальными родителями, а с идеализированным образом родителя. "Сверх-я" у таких людей чрезвычайно жестоко и агрессивно давит внутрь. Такие люди уверены в своем внутреннем нравственном чувстве и не дают никому права судить их поведение, так как считают его выше всех общепринятых норм. В каком-то причудливом виде эта крайность развития (часто навязчиво-невротического) соотносима с тем, что представляет собой младенец — "сам себе закон".

## ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТЬ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ

К гомосексуальным проявлениям у детей применимы, в сущности, те же возражения, что и к вопросам диссоциальности. Точно так же трудно определить, начиная с какого возра-

ста поведение правомерно характеризовать как гомосексуальное. Точно так же существуют связи между нормальным развитием и гомосексуальными явлениями. И точно так же сложно с уверенностью дать прогноз, разовьется ли гомосексуальность во взрослой жизни, по этим первым, наблюдаемым у ребенка, проявлениям.

С момента появления в 1905 году работы З. Фрейда "Три очерка по теории сексуальности" выходят все новые и новые труды, рассматривающие гомосексуальность под всеми возможными углами зрения. Не все эти публикации имеют отношение к детскому возрасту. Различие между проявляющейся и латентной гомосексуальностью, например, применимо только к сексуальному поведению взрослых и не может быть перенесено на взаимную мастурбацию или иные сексуальные игры детей и даже подростков. Различие между пассивной и активной гомосексуальностью (или лежащими в их основе фантазиями) касается роли партнеров во время полового акта, то есть опять же касается только взрослых. И возможность лечения гомосексуальности также стоит обсуждать, говоря о взрослых, для которых это отклонение внутренне приемлемо и, следовательно, поддается анализу, либо неприемлемо, и тогда лечение или вовсе невозможно, или возможно только под сильным давлением.

Ряд других вопросов, которые достаточно подробно описаны, имеют большое значение для детского аналитика. Они касаются трех тем: выбора объекта, реконструкции из анализа взрослых и ее значения для профилактики гомосексуальности и причин, порождающих гомосексуальность (оценка врожденных и приобретенных элементов).

### *Выбор объекта в зависимости от возрастных ступеней*

То, что дети обоего пола в детстве заполняют либидо и женские, и мужские объекты, — одно из основных положений психоаналитической теории инфантильной сексуальности. Как мы покажем ниже, на различных ступенях развития выбор объекта происходит по различным правилам и в зависимости

от различных потребностей. Влечение к лицам того же пола является поэтому не менее нормальным, чем к лицам противоположного пола, и не может считаться предпосылкой гомосексуальности. "Наоборот, — подчеркивал З. Фрейд, — психоаналитики считают, что выбор объекта вне зависимости от его пола — свободное обращение и к мужскому, и к женскому объекту, какое мы наблюдаем у детей и в обществах, находящихся на примитивной стадии развития, в первобытном состоянии, — и есть изначальный базис, из которого путем ограничений того или иного рода развились и нормальный, и извращенный типы сексуального поведения" (47, с. 145, сноска).

Младенцы в начале жизни выбирают объекты на функциональной основе, а не на основе пола. Мать заполняется либидо, потому что заботится, выполняет желания, отец — как символ могущества, как защитник, как обладатель матери и т. д. Если отец ухаживает за ребенком, ребенок переносит на него "материнскую модель" отношений; если мать играет в семье ведущую роль, он может относиться к ней по "отцовской модели". Естественным образом ребенок, вне зависимости от своего пола, связан объектными отношениями с представителями обоих полов. Так или иначе маленький ребенок не является ни гомосексуальным, ни гетеросексуальным в строгом смысле слова, уж скорее и тем и другим одновременно.

То, что первый выбор объекта основан на выполняемой им функции, а не на поле, подтверждается и во время аналитического лечения. Пол аналитика не препятствует переносу на него отношения к отцу или к матери.

В самом деле, удовлетворение прегенитальных потребностей зависит не от сексуального аппарата партнера, а от совсем других его свойств и качеств. Если ребенок находит такие качества в матери и она становится главным объектом его любви, то можно сказать, что мальчик на этой стадии гетеросексуален, а девочка — гомосексуальна; если в отце — то наоборот. В обоих случаях выбор объекта обусловлен силой и целью доминирующего на данной стадии развития инстинкта и является нормальным вне зависимости от пола объекта.

В противоположность предшествующим стадиям развития на фаллической стадии пол объекта любви имеет большое значение. Свойственная этой стадии высокая ценность пениса побуждает и мальчиков, и девочек выбирать объекты, обладающие пенисом, или такие, которым в фантазиях приписывается обладание им (фаллическая мать). Какие бы направления ни принимали инстинктивные побуждения ребенка, они не могут освободиться "от класса объектов, отличающихся определенным признаком", "...как наш маленький Ганс, который одинаково нежен как с мальчиками, так и девочками и однажды назвал своего друга Фрица "своей самой любимой девочкой". Ганс гомосексуален, как бывают гомосексуальны все дети, в полном соответствии с фактом, о котором надо помнить: что он знает лишь один вид половых органов, такой, как у него самого" (47, с. 145, сноски).

Эдипов комплекс (как положительный, так и отрицательный) как таковой основан на постижении половых различий, и эдипальные дети выбирают объект, как и взрослые, именно в зависимости от его пола. Положительный эдипов комплекс и предпочтение родителя противоположного пола весьма напоминает взрослую гетеросексуальность, негативный и предпочтение родителя того же пола — взрослую гомосексуальность. Оба проявления не выходят за рамки нормального развития, они основаны на биологически обусловленной бисексуальности ребенка и не могут быть рассмотрены как предпосылки патологии. В то же время у того или иного ребенка могут количественно преобладать одни либо другие отношения, и это уже может служить основанием для беспокойства. Ребенок выказывает явное предпочтение одному или другому полу, основываясь на впечатлениях преэдипального времени. С одной стороны, на ребенка оказывают влияние личные качества отца и матери и то, как они выполняют свои собственные мужские и женские роли. С другой, если у мальчика произошла фиксация на агрессивно-садистической фазе, она толкает мальчика в сторону положительного эдипова комплекса и последующей гетеросексуальности; фиксации же на

оральной фазе толкают в обратную сторону, а именно к отрицательному эдипову комплексу и, возможно, последующей гомосексуальности. Так или иначе, эдипальный период более, чем предыдущие, влияет на будущую сексуальную ориентацию.

Со вступлением в латентный период эта сторона либидо опять отступает на задний план. Естественно, бывают и исключения, в частности, у детей невротического склада, не сумевших решить проблемы эдипального периода. Здоровый латентный ребенок, у которого на первом плане находятся ограниченные, отодвинутые и сублимированные стремления, выбирает свои объекты опять без особого внимания к их полу. Примером того служит отношение детей латентной стадии к учителям, которых любят или недолюбливают не потому, что это мужчина или женщина, а потому что они благожелательны, готовы помочь или, наоборот, резки и внушают страх.

Важно также обратить внимание на то, что в латентном периоде сам выбор объекта происходит совершенно иначе, чем у взрослых. Мальчик, который выбирает в товарищи только мальчиков и сторонится девочек, вовсе не будущий гомосексуалист, как бы ни было похоже его поведение. Наоборот, предпочтение мальчиков — отличительный признак здоровой мужественности (т. е. последующей гетеросексуальности). В этом возрасте возможная поздняя гомосексуальность проявляет себя противоположным образом — такой мальчик ищет общества девочек и предпочитает их игрушки, их книги, их занятия. То же и с девочками. Они ищут общества мальчиков не потому, что женственны, а потому, что хотят играть роль "своего парня" из зависти к пенису и желания мужественности, а вовсе не из женского кокетства. В общем, то, что в поведении кажется склонностью к гомосексуальности, на деле является проявлением гетеросексуальности, и наоборот. И вот что следует помнить: в этот период выбор товарищей среди сверстников (другими словами, выбор объекта) основывается не на объектных любовных отношениях к партнеру, а на идентификации с ним. Ребенок стремится к "тождественности" с

товарищами, что может включать в себя, а может и не включать тождественность пола.

В предпубертатности гомосексуальные эпизоды случаются достаточно часто, так же как и гетеросексуальные, и не являются основаниями для серьезного прогноза. Эти проявления следует понимать как повторение старых, прегенитальных отношений, которые, как и преэдипальные, свойственны этой стадии развития.

Гомосексуальный выбор объекта в пубертатности основан обычно на частых в этот период регрессиях от либидного заполнения объекта к себялюбию (нарциссизму) и первичной идентификации. В этом смысле объект для индивида этого периода даже не он сам, а его идеал самого себя, в том числе и своей сексуальной функции. Такие отношения имеют все признаки взрослой гомосексуальности и нередко именно так и расцениваются. С метапсихологической же точки зрения это не что иное, как феномен нарциссизма, принадлежащий к многочисленным проявлениям шизоидных симптомов, которые нередки в пубертатности. Они являются скорее показателем глубины регрессии либидо и мало что говорят о том, какая сексуальная роль будет свойственна индивиду в будущем.

### *Реконструкции и прогнозы в области гомосексуальности*

Как мы отметили, обследование детей практически не дает оснований для сколько-нибудь убедительных прогнозов о возможном развитии гомосексуальности. В противоположность этому реконструкции при анализе взрослых гомосексуалистов дают возможность проследить развитие их латентного или проявляющегося отклонения до инфантильных истоков. В психоаналитической литературе мы находим в этой связи указания на следующие важные моменты, могущие стать отправной точкой развития гомосексуальности:

1) конституционная предрасположенность, т. е. врожденная бисексуальность, как основа гомосексуальности (47, особенно прим. 1915 г.; 9; 20; 65; 96; 106);

2) нарциссизм, побуждающий индивида выбирать сексуального партнера по своему подобию (31; 32; 51; 11);

3) связь гомосексуальности с оральной и анальной прегенитальными фазами (8; 11; 88; 106);

4) преувеличенная оценка пениса на фаллической стадии (29; 49; 78; 88; 90; 99; 105);

5) чрезмерная любовь или зависимость (или, напротив, ненависть) к отцу или матери (10; 47; 53; 55; 106; 116; 121);

6) травматические переживания от вида женских гениталий или наблюдения менструации (24; 96);

7) зависть к телу матери (10; 81);

8) ревность к младшим братьям, которые из соперников становятся объектами любви (55; 85).

Ничуть не преуменьшая значения этих доказанных выводов о влиянии инфантильного прошлого на настоящее, отметим, что их нельзя использовать в обратном направлении, то есть при определении зарождения гомосексуальности у ребенка. Это становится ясно, стоит рассмотреть подробно один конкретный гомосексуальный тип, например феминистический пассивный мужской гомосексуализм, изученный аналитиками-практиками во всех деталях. Такие гомосексуалисты обычно сильно привязаны к матери, не желают сексуальной связи с женщиной и не способны совершить с ней половой акт и ищут партнера-мужчину, обычно из более низкого социального слоя, обладающего подчеркнуто мужской внешностью, сильными мышцами, растительностью на теле и т. п. В процессе анализа реконструируется следующее: страстное единение с матерью в течение всего периода от оральной до вершины фаллической стадии развития; ужас, испытываемый к женскому полу, обычно вследствие травмы от случайно увиденных гениталий матери или сестры; период болезненного восхищения отцовским пенисом. Влияние всех этих элементов на формирование гомосексуальности не подлежит сомнению.

Однако те же самые элементы, наблюдаемые у ребенка, не могут служить основанием для прогноза его будущей патологии. Напротив, это вполне обычные, часто встречающиеся эле-

менты развития любого мальчика. Та же самая тесная связь с матерью, опустошающая взрослого-гомосексуалиста усилением страха кастрации, страха перед отцом-соперником, регрессия к оральной или анальной зависимости, для нормального ребенка не более чем часть положительного эдипова комплекса, следовательно, знак будущей гетеросексуальное™. Шок, который испытывает каждый мальчик, увидев в первый раз женские гениталии, неизбежен, поскольку до этого он верил, что пенис есть у всех. Будущего же гомосексуалиста это переживание навсегда отталкивает от женского пола. Обычно открытие различия полов лишь ненадолго увеличивает страх кастрации, а может сыграть и положительную роль, усилив защиту мальчика от женских побуждений и идентификаций, его гордость собственной мужественностью, его фаллическое сочувствие к "кастрированным" девочкам, что в совокупности и составляет истинно мужской характер мальчика фаллического периода. И, наконец, восхищение пенисом старшего мужчины, господствующее в любовной жизни пассивного гомосексуалиста настолько, что не оставляет места ни для чего другого, — нормальный этап в отношениях с отцом. Различие лишь в том, что гомосексуалист на этом фиксируется и продолжает наделять все свои объекты признаками обожаемой силы, величия и мужественности, в то время как нормальный мальчик перерастает эту ступень, идентифицируется с отцом как с обладателем пениса и перенимает в себя его мужественность.

Другими словами, то, что в одном конкретном случае описанные причины породили гомосексуальность, не исключает их иного и даже противоположного следствия. Ясно, что значение имеют не они сами по себе, а огромное множество сопутствовавших им обстоятельств, которые нелегко оценить ни при аналитической реконструкции, ни при обследовании детей. Внешние и внутренние, качественные и количественные влияния действуют одновременно. Станет любовь к матери первым шагом мальчика к мужественности или он позднее будет вытеснять свои агрессивно-мужские стремления, зависит не только от него самого, т. е. не от его здоровой фаллической

сексуальности, силы, не от кастрационных страхов и желаний и не от количества либидо, задержанного в старых точках фиксации. Не меньшую роль играет личность и действия матери, то, разрешает она удовольствие или отказывает в нем на оральной и анальной стадиях, то есть во время кормления и приучения к горшку; гордится ли его растущей независимостью; и, наконец, последнее, но очень важное — от того, снисходительна она или нетерпима к его фаллическим притязаниям на нее. Страх кастрации в форме угрозы, травматических переживаний или хирургической операции испытывает любой мальчик. Но особенно он силен, если совпадает по времени с вершиной фаллической мастурбации, отрицательным эдиповым комплексом, чувством вины и т. п. На страх кастрации и пассивные побуждения влияет и отношение отца, его строгость или снисходительность, его соответствие или несоответствие роли эталона мужественности. Если в семье нет отца (развод, разезд, смерть), ребенку в эдипальном периоде недостает соперника — обстоятельство, усиливающее страх, что его собственные сексуальные стремления по отношению к матери выйдут за определенные рамки. В фантазиях мальчика отсутствие отца обычно объясняется тем, что мать устранила его из-за его мужской агрессивности, что также мешает нормальным гетеросексуальным желаниям.

Помимо всего вышеназванного, подтолкнуть сексуальное развитие в ту или другую сторону могут еще и роковые случайности, такие, как катастрофа, соращение, болезнь, потеря объекта вследствие смерти, наличие или отсутствие подходящих гетеросексуальных объектов в пубертатный период и т. п. События этого рода нельзя предвидеть, и они могут в любой момент опрокинуть все попытки прогноза, предпринятые ранее.

Чем больше количество воздействий, с которыми диагностик должен считаться, тем безысходнее представляется предсказание будущего развития в этой области.

## *Нормальное развитие как способствующий или сдерживающий фактор гомосексуальности*

В свете того, о чем говорилось выше, представляется полезным рассуждать не об инфантильных признаках взрослой гомосексуальности, но о том, какие нормальные стадии развития способствуют, а какие тормозят возникновение гомосексуальности. Такие рассуждения основываются на предположении, что в течение всего периода созревания гомосексуальные и гетеросексуальные склонности борются друг с другом, поочередно беря верх в соответствии со стадиями развития либидо, которые проходит ребенок.

С этой точки зрения к способствующим гомосексуальности можно отнести следующие факторы.

1. Врожденная бисексуальность как составная часть конституции, наделяющая каждого психологическими характеристиками и своего, и противоположного пола и позволяющая им выбирать для себя объект любви и предлагать себя как объект любви и мужчинам, и женщинам. Появляющиеся на преэдипальном периоде идентификации с обоими родителями усиливают бисексуальную предрасположенность и создают конституциональную основу для гомосексуальных влечений, возникающих позднее.

2. Первичный и вторичный нарциссизм, т. е. заполнение себя самого нарциссическим либидо. Вследствие этого ребенок выбирает объект как можно более похожий на него самого (в том числе того же пола). Такие гомосексуальные, а лучше сказать, нарциссические отношения характерны для латентного периода, предпубертатности и пубертатности.

3. Любовные объединения по типу поддержки и опоры, для которых пол объекта не имеет значения. Фиксация на этой ступени (привязанности к матери) особенно опасна как предпосылка развития женского гомосексуализма.

4. Либидонизация ануса и пассивные стремления анальной фазы, в которых создается телесная основа для феминистической идентификации мальчиков.

\

5. Зависть к пенису как основа мужской идентификации девочек.

6. Преувеличенная ценность пениса на фаллической фазе как основа антипатии мальчика к не обладающему пенисом ("кастрированному") объекту любви.

7. Отрицательный эдипов комплекс как нормальная "гомосексуальная" ступень развития и мальчиков, и девочек.

Существуют и влияния противоположного характера, предохраняющие личность от гомосексуальности.

1. Гомосексуальные и гетеросексуальные тенденции соперничают в количественном отношении на протяжении всего детства. Перевес первых сдерживает вторые, и наоборот. Например, повышение гетеросексуальности с переходом мальчика в фаллическую фазу и положительный эдипов комплекс снижают гомосексуальные тенденции, принадлежащие к анальной пассивности. То же происходит в период пубертатности, толкающей мальчика к выбору гетеросексуального объекта.

2. Страх кастрации, который у одних мальчиков вызывает отвращение к женскому полу на всю жизнь, у других выступает как противовес отрицательному эдипову комплексу и, следовательно, препятствует гомосексуальности. Он сдерживает пассивно-феминистическую установку к отцу, предполагающую отказ от пениса, вследствие чего мальчики решительно отвергают ее. Это находит выражение в нарочитой мужественности, в сексуальной агрессивности по отношению к женщинам, цель которых — продемонстрировать невозможность кастрации и отсутствие каких бы то ни было феминистических желаний. Все в комплексе исключает возможность любых гомосексуальных проявлений.

3. Если не заблокированные защитными механизмами регрессии к анальной фазе способствуют гомосексуальности, то реактивные образования против анальности, стойкое отвращение эффективно блокируют гомосексуальность или по крайней мере ее внешние проявления.

4. Наконец, "тенденция к полному развитию" и "биологическая разумность" (5) заставляют индивида предпочитать нор-

мальное ненормальному и могут быть расценены как фактор, препятствующий гомосексуальности.

В целом соотношение сил между обоими стремлениями колеблется на протяжении всего детства под воздействием множества обстоятельств, склоняющих стрелку весов то в одну, то в другую сторону. Остается справедливым, что "окончательные сексуальные пристрастия человека можно определить лишь после пубертатности" (47, с. 146, сноска).

## **ДРУГИЕ ИЗВРАЩЕНИЯ И ПАГУБНЫЕ ПРИСТРАСТИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КАТЕГОРИИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ РЕБЕНКА**

Существуют и другие диагностические категории, которые неправомерно применять к детям, — это трансвестизм, фетишизм и пагубные пристрастия.

Основания для этого очевидны, т. к. речь идет об извращениях. Поскольку инфантильная сексуальность по определению извращена полиморфно, наклеивать на определенные действия ребенка ярлык "извращение" значит в лучшем случае неточно применять термин. В худшем это ведет к полному непониманию развития полового инстинкта. Очевидно, вопрос нужно ставить иначе. Для диагноза (и прогноза) важно знать, какие частные инстинкты или их элементы и при каких обстоятельствах задерживаются в развитии и, следовательно, являются предвестниками будущих извращений у взрослого.

По внешним проявлениям клинические картины многих детей практически идентичны поведению взрослых извращенцев, что отнюдь не предполагает их метапсихологической идентичности. Диагноз "извращенец" ставится взрослому в случае, если он так и не достиг примата гениталий в сексуальной жизни или утерял его, т. е. если при половом акте прегенитальные компоненты занимают не соответствующее им главное место, а не играют роль прелюдии либо "гарнира". Такое определение абсолютно неприменимо к детям, т. е. к возрасту, когда о

половом акте вопрос не стоит и прегенитальные зоны по значимости равны генитальным. До пубертатности дети ни в коем случае не могут быть названы извращенцами, а напоминающие извращение симптомы следует рассматривать под совсем другим углом зрения.

Клинический опыт показывает, что такая симптоматика объясняется двумя видами отклонений от нормального развития — отклонениями во временной последовательности и в количестве. Если те или иные эрогенные зоны тела не становятся главенствующими, как того требует соответствующий период развития либидо, — это верный признак нарушения временной последовательности. То же можно заключить, если они слишком долго сохраняют свое значение, вместо того чтобы уступить свою роль следующей зоне. Такие явления нельзя путать с хорошо знакомыми нам регрессиями.

Рассмотрим это на примере кожной эротики. В начале жизни поглаживание, похлопывание и другие ласковые прикосновения матери либидонизируют разные участки тела, помогают формированию здорового "тела-я", повышают нарциссическое заполнение и одновременно стимулируют развитие объектных отношений между матерью и ребенком. Нет сомнения, что в этот период эрогенность кожного покрова выполняет важные функции в процессе роста.

С окончанием младенчества эти функции уже излишни. Если по достижении анальной или фаллической стадий ребенку по-прежнему наивысшее удовольствие доставляет раздражение кожи, это значит совсем иное. Впоследствии, когда в результате развития найдены пути отвода сексуального возбуждения, кожа может продолжать быть эрогенной. Например, если мальчик на эдипальной стадии возбуждается от кожного контакта с матерью и отводит возбуждение в фаллической мастурбации, он напоминает взрослого извращенца, у которого раздражение прегенитальной зоны ведет к генитальному оргазму. Именно это различие между источником возбуждения и отводящим органом делают то, о чем мы говорим, так похожим на извращение. (Хороший пример такого рода был

продемонстрирован во время лечения одного из пациентов Изабел Парет в Хэмпстедской детской клинике. Анализ проводил мальчик в возрасте с двух с половиной до четырех с половиной лет. В его случае оказалось возможным выявить, что тяга ребенка к телесной ласке сформировалась под влиянием совращения, т. е. пристрастия матери к этому виду телесного контакта с ребенком.)

Отклонения от среднего уровня силы инстинкта столь часты, что, безусловно, находятся в рамках нормы. Любой из частных инстинктов и любая из форм инфантильной агрессивности в тот или иной момент в детстве может внезапно дать вспышку и изменить всю картину инстинктивной жизни. Иногда это обусловлено конституционально. Так, например, у детей алкоголиков, наркоманов или страдающих маниакально-депрессивным психозом очень сильны оральные стремления. Дети больных навязчивым неврозом демонстрируют усиление анальных тенденций, что усугубляется во время приучения к горшку. Инстинкт может усилиться и под влиянием окружающего мира, например при неправильном уходе, при совращении, недостатке руководства и контроля со стороны взрослых.

Особенно часто причиной чрезмерного усиления инстинктивного компонента становится взаимодействие между внешними и внутренними факторами: например, сравнительная слабость "я" и "сверх-я" или, наоборот, повышенная строгость "сверх-я", ведущая к чересчур сильной защитной деятельности. Наиболее распространенный пример последнего — мальчики в фаллической фазе, которых гнетут их пассивно-феминистические побуждения. Чтобы справиться со страхом кастрации, который у них усугубляется желанием кастрации, они демонстрируют прямо противоположное — становятся агрессивными и иногда ведут себя как фаллические эксгибиционисты. Однако их поведение вызвано исключительно защитой от страха, в отличие от взрослых эксгибиционистов, у которых оно направлено на получение сексуального удовольствия.

## *Пагубные пристрастия*

Причиной появления пагубных привычек, чрезмерных пристрастий, которые очень напоминают извращения, также является резкое количественное увеличение нормальных тенденций. Дети иногда настолько любят сладкое, что их поведение очень сильно напоминает отношение некоторых взрослых к алкоголю или наркотикам. Они чувствуют ту же самую непреодолимую потребность и удовлетворяют ее, для того чтобы, как и взрослые, заглушить чувство страха, пустоты, разочарования, депрессии и т. д. И как взрослые, они готовы на все, чтобы удовлетворить свою страсть, — на ложь, воровство и т. д.

Однако, несмотря на все сходство, метапсихологические основания у детей совершенно другие. Страсть ребенка к сладостям — достаточно простое, прямолинейное выражение частного инстинкта, чья сила усугублена неудовлетворенностью или, наоборот, чрезмерным потаканием на оральной стадии. Позднее тяга к сладостям заменяется каким-либо иным, более или менее безвредным пристрастием: иногда излишней потребностью в воде, перееданием, курением. В любовной жизни такие люди ищут длительных, сулящих покой и комфорт партнеров. Ни одно из этих явлений не может считаться пагубным, пристрастием в правильном смысле слова.

Пагубные пристрастия взрослых имеют более сложную структуру, оральные желания в них усугублены пассивно-феминистическими стремлениями и тенденцией к саморазрушению. Для взрослого субстанция, на которую направлена его страсть, не только источник удовольствия, укрепляющее, ободряющее средство (как сладости для ребенка), он прекрасно осведомлен о ее вредном действии — подавляющем, кастрирующем, ослабляющем, каким обыкновенно обладает алкоголь и наркотики. Лишь слияние противоположных желаний (силы и слабости, активности и пассивности, мужественности и женственности) порождает истинное пагубное пристрастие, к чему безвредные, ясные желания ребенка не имеют никакого отношения.

Как и патологическое влечение к сладостям, детский трансвестизм возникает вследствие чрезмерного увеличения определенных стремлений, свойственных всем детям. Он возникает тогда, когда усиление инстинкта касается либо мужской, либо женской стороны детской личности.

Известно, что принадлежащие другому полу или взрослым части одежды имеют для ребенка особую привлекательность. "Переодевание" — либидная игра, дающая детям возможность представить себя в роли отца или матери, брата или сестры и подражать их деятельности. Зонта, прогулочной трости или шляпы достаточно для ребенка, чтобы преобразиться в отца; сумочка, туфли, мазок губной помады — и вот перед вами мать. Фирмы по производству игрушек давно наладили выпуск космических и летчицких шлемов, кондукторских фуражек, индейских перьев, формы медсестер. Стоит ребенку переодеться, и у него возникает иллюзия превращения в один из этих восхитительных персонажей. Половые различия играют в этих играх фантазии подчиненную роль (особенно для девочек), на первом месте — статус, общественная роль.

Не в игре, а в жизни девочки на стадии зависти к пенису часто предпочитают брюки и другую одежду мальчиков, и, видимо, это следует считать соответствием возрасту. Родители начинают беспокоиться только тогда, когда девочка ни при каких обстоятельствах не соглашается (а на деле просто не может) надеть женскую одежду. Но даже и в этом случае, где очевидно, что зависть к пенису, желание мужественности и отвержение женственности чрезмерно сильны, было бы ошибкой относиться к такой девочке как к взрослой трансвеститке. Поведение таких девочек не является сексуальной манифестацией, не сопровождается мастурбацией или мастурбационными фантазиями и не способствует сексуальному возбуждению. Целью здесь является другое: подражание мальчикам, идентификация с ними вплоть до перенимания особенностей поведения; защита от зависти, от ощущения себя кастрированной, от чувства вины за нанесение себе вреда, мастурбацию. В этой

связи трансвестизм девочки в той же степени является функцией их защитной организации, как и выражением мужской составляющей.

Трансвестизм мальчиков имеет иную природу. Ясно, что вследствие традиций нашего общества желание выглядеть как женщина не может быть нормальным ни на какой ступени развития. Если такое желание все же существует, оно вызывает опасение как вероятный предвестник более поздних сексуальных отклонений.

В небольшом числе подобных случаев (такие встречались в практике Хэмпстедской детской клиники) клиническая картина практически одинакова.

Первые симптомы появляются между тремя и пятью годами и выражаются не только в желании носить платья, но и в открыто высказываемом желании быть девочкой, носить женское имя, играть с девочками в куклы. Такие мальчики называют женским именем любимого медвежонка, любят надевать белье матери, сестры или няни, обожают вещи, отделанные воланами, кружевами, бантиками. Если такая одежда недоступна, мальчик стремится мужскую рубашку надеть как кофточку, например затянув ее пояском. Некоторые дети открыто показываются в такой одежде, другие прячут ее и надевают лишь тайно, в постели. Будучи застигнуты "на месте преступления", они либо все отрицают, либо пытаются найти своему поведению рациональное объяснение, а то и "душераздирающе плачут" (как сообщила одна из матерей), если у них отбирают желанные предметы туалета.

Сходство между внешними обстоятельствами, сопутствовавшими таким случаям, не менее примечательно. Почти всегда мать открыто предпочитала старшую или младшую сестру или не скрывала, что во время беременности надеялась, что родится дочь. (Один из пациентов, родители которого развелись, выразил это так: "Мама не любит мужчин, потому что она не любит папу".) Нередко матери подталкивают мальчиков к женственности, покупая им похожую на женскую одежду ("чтобы брат с сестрой не ссорились"). В прошлом таких

детей часто встречаются переживания разлуки с любимым объектом женского пола (с матерью, обожаемой няней и т. д.).

Во время анализа раскрывается внутренний смысл трансвестизма у мальчиков. Это может быть стремление добиться любви матери в роли предпочитаемой сестры. Это может быть и отказ от фаллической мужественности "ради матери", если мальчик считает (справедливо или нет), что мать не одобряет ее. Это может быть и стремление сохранить либидную связь с потерянными объектом посредством частичной идентификации с ним.

Как у девочек, трансвестизм мальчиков может быть и следствием количественного изменения либидо. Лишь значительное усиление склонностей к женственности заставляет мальчика перестать гордиться своей мужественностью. В любом другом случае проявления такого рода следует считать результатом зависти к сестре, соперничества с нею, стремления добиться любви матери, идентификации с ней, защитой от страха разлучения и т. п.

Далее, трансвестизм у детей обоего пола может породить фиксация на таком уровне развития, на котором часть легко заменяет целое и, соответственно, одежда — тело (мужское или женское), которое она покрывает. Как отмечал Дж.К.Флюгель (33), к этой фазе восходит символика одежды.

Вопрос, следует ли рассматривать детский трансвестизм как предвестник взрослого извращения, решается легко. Очевидно, такое поведение ребенка в большинстве случаев не следует воспринимать более серьезно, чем другие проявления бисексуальности детской натуры. У девочек симптом связан с фазой зависти к пенису; у мальчиков — с пассивной феминистичностью анальной фазы, с отрицательным эдиповым комплексом или с соответствующими регрессиями. Поскольку трансвестизм служит защите от страхов (страха разлучения, страха потери объекта, страха кастрации), он продлится не дольше, чем сама фаза, порождающая этот страх.

Однако есть случаи, когда инфантильный трансвестизм выступает как проявление инфантильной сексуальности, то есть

сопровождается всеми признаками сильного сексуального возбуждения. Такие случаи следует считать предвестником будущего извращения. По-видимому, более других подвержены опасности те дети, которые занимаются трансвестизмом тайно, ночью, в постели. Однако без веских доказательств — эрекции, мастурбации — выявить истинную роль трансвестизма в сексуальной жизни ребенка трудно даже в ходе анализа (см. 107).

### *Фетишизм*

Двойная природа "извращенного" поведения детей — с одной стороны, средство защиты, с другой — выражение сексуальных потребностей, — еще отчетливей проступает в явлении, которое называют детским фетишизмом. Эта тема подробно освещена в психоаналитической литературе (подробную библиографию см. 108). Несмотря на различия во мнениях относительно частностей, большинство авторов едины в том, что "детский фетишизм, хотя и похож на взрослый", но возникает "как процесс, который может привести, а может и не привести к взрослому фетишизму" (108). Вульф (122) особенно защищает это мнение, утверждая, что "эти патологические явления... на преэдипальной стадии не более чем реактивное образование ребенка в ответ на ограничение или отказ в удовлетворении инстинктивных побуждений"; или что "хотя фетишизм встречается у детей достаточно часто", его психологическое содержание "иное, чем у взрослых". Здесь, как и в случаях, описанных нами выше, неправомерное использование одного и того же термина для обозначения симптомов у детей и у взрослых ведет к ошибочному впечатлению, будто за одинаковыми проявлениями лежит одинаковая метапсихологическая структура.

Дети повторяют взрослых фетишистов в стремлении заполнять большим количеством нарциссического или объектного либидо некоторые вещи или части тела (собственные или другого человека). На основе этого заполнения вещь (или часть тела) начинает играть роль частичного объекта (или объекта опорной потребности) и становится остро необходимой. При анализе взрослых обычно нетрудно найти бессознательное зна-

чение фетиша. Фетиш многих мужчин — это символ воображаемого пениса фаллической матери, с которым связано сексуальное возбуждение. У пассивных гомосексуалистов, как говорилось выше, сам по себе пенис партнера-мужчины, заменяющий собственную мужественность индивида, может превратиться в фетиш. И здесь возможность сексуального возбуждения (и его удовлетворения) тесно связана с фетишем: последний настойчиво ищут, и без него фетишист чувствует себя обделенным, лишенным сексуального удовлетворения.

На этих примерах ясно видно различие между фетишем взрослого, играющим значительную роль в его сексуальной жизни, и чрезмерно заполненным фетишистским объектом ребенка, который может принимать самые различные значения и служить самым различным целям "оно" или "я", которые меняются в зависимости от достигнутой стадии развития. Например, в период грудного вскармливания или отнятия от груди любой предмет (соска) или часть тела (палец) может оказаться переполненным либидо и, следовательно, незаменимым, если он выполняет две задачи: доставляет оральное удовольствие и уменьшает страх разлучения (тем, что может доставлять удовольствие всегда). Согласно Вульффу (122), значение фетиша заключается в этот период в том, что он напоминает "тело матери и в особенности материнскую грудь". На следующей ступени фетишем становится мягкая игрушка, подушка, кончик одеяла и т. п., которые заполняются нарциссическим или объектным либидо и в качестве "переходного объекта" (118) служат как бы "мостом" между ребенком и телом матери. По мнению Винникота, стадия переходного объекта, хотя игрушку обычно дает ребенку мать, заложена в самой детской натуре и, следовательно, принадлежит "нормальному эмоциональному развитию". По мнению Мелиты Шперлинг (108), здесь налицо патологическое проявление специфического нарушения объектных отношений, являющееся следствием бессознательных чувств и установок матери.

У маленьких детей "переходные" или "фетишизированные" объекты играют очень важную роль при отходе ко сну: они

помогают ребенку отвлечь интерес от внешнего мира к себе. Многие дети не в состоянии заснуть без этого драгоценного предмета; если он по какой-либо причине потерян, находится вне досягаемости, они испытывают подлинное горе, и матери чаще всего принимаются искать игрушку. Мелита Шперлинг задается вопросом, почему "сам по себе ненужный предмет становится ребенку важнее, чем мать", и делает вывод, что это вряд ли возможно "без тайного умысла матери". Выводы Винникота более убедительны: переходный объект успокаивает ребенка вследствие своего двойного заполнения (любовь к себе и любовь к объекту). Более того, переходный объект находится в полной власти ребенка, в отличие от матери, которая уходит и может не прийти, и потому не нужно бояться потерять его. Утверждение Шперлинг, что мать "служит причиной фетишистского поведения и от нее зависит выбор фетиша", несостоятельно, ибо никакие усилия матери не увенчались бы успехом, если бы им не способствовало обусловленное развитием постоянное чередование аутоэротики, нарциссизма и объектной любви.

Фетишизированный объект многообразно связан с разными аспектами полиморфно извращенной сексуальности ребенка. Прикосновение, поглаживание, прижимание к себе его мягкой поверхности приятно коже (кожная эротика). Его запах, в особенности запах тела, тесно связан с трансвестизмом, с той одеждой или бельем, которое выбирается для переодевания. На анальной стадии переходный объект необходим, т. к. на нем можно вымещать эмоциональную амбивалентность. И только во время фаллической фазы (122) фетиш, наконец, символизирует пенис (собственный, отца или воображаемый пенис матери).

Насколько этот инфантильный псевдофетишизм является предвестником последующего извращения, остается открытым вопросом, на который до сих пор ни один из исследователей не сумел найти удовлетворительного ответа. Анализ взрослых фетишистов не оставляет сомнений в том, что их извращения коренятся в раннем детстве, причем тот или иной предмет, став фетишем, остается им навсегда. Рука, нога, определенный

предмет одежды, туфля, перчатка или, как однажды довелось наблюдать автору этих строк, шум сопровождает индивида на протяжении всей жизни и явно проистекает из каких-то ранних переживаний, связанных с матерью. Наблюдения и анализ детей показывают в то же время, что фетишизированных предметов у детей несравненно больше, чем у взрослых. Это может означать только одно: фетишизированное поведение детей связано с определенной стадией развития и в большинстве случаев исчезает, когда ребенок "перерастает" ее.

Как уже говорилось применительно к трансвестизму, те формы фетишизма у детей, которые сильнее всего напоминают извращение у взрослых и поэтому вызывают тревогу, возникают не вследствие защитной деятельности "я", а как результат чрезмерного усиления инстинкта. Такие формы сопровождаются, как правило, сильным сексуальным возбуждением, вокруг него концентрируется вся инфантильная сексуальная жизнь. Случаи этого рода подробно описаны в психоаналитической литературе (см., например, 108). А. Фрейд и С. Данн (43) приводят описание четырехлетнего сироты, выросшего без заменившей мать персоны. Этот мальчик получал удовлетворение от навязчивого сосания, навязчивой мастурбации, аутоэротики и фетишизма. "Он выработал привычку сосать мочалки и полотенца других детей, которые висели на крючках в ванной комнате, и сосал их со всей страстью. ...Чужие мочалки были его фетишем, он ритмично поглаживал мочалкой свой нос, нежно обнимал все шесть мочалок или сжимал одну-две между коленями. Он едва мог дождаться возвращения с прогулки, тут же устремлялся в ванную комнату с восторженным криком: "Мочалки, мочалки!" Его фаллическое возбуждение и мастурбация были очевидны. Фетиш сам по себе не был, однако, фаллическим символом. Те же самые мочалки теряли всю свою притягательную силу, если они были свежевывмыты, т. е. не имели запаха. Можно предположить, что возбуждающее воздействие связано с запахом и, вероятно, с воспоминаниями о ранних оральных удовлетворениях при грудном вскармливании".

### *Прогноз развития инфантильных извращений*

Необходимо признать, что вследствие их сложности и неоднородности предсказать дальнейшее развитие того или иного отклонившегося от нормального развития частного инстинкта практически невозможно. Нельзя знать заранее, войдет ли он в норму, то есть попадет под господство генитальной зоны, или укрепит свое центральное положение и тем самым станет ядром последующего извращения. Эта неясность сохраняется до пубертатности, но и тогда зависит от ряда условий:

1) от того, будет генитальный инстинкт сильным или слабым (т. е. способным или неспособным подчинить себе прегенитальные инстинкты);

2) от того, породит ли либидо, "застрявшее" на прегенитальных точках фиксации, сильную регрессию, которая ослабит генитальность;

3) от того, пересилит ли прогрессивное желание стать взрослым притягательность инфантильных источников удовольствия;

4) от успеха или разочарования первых генитальных объектных отношений.

Невозможность предвидеть, как именно будут вести себя эти количественные факторы и как они будут взаимодействовать с качественными, делает любые прогнозы недостаточно надежными.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Психоаналитическая детская амбулатория (как, например, Хэмпстедская детская клиника) дает возможность увидеть психопатологию детства во всем ее объеме: от самых обыкновенных нарушений развития, плохой успеваемости в школе и задержек в темпе созревания до более сложных случаев, связанных с травмами и совращениями, настоящими инфантильными неврозами, и, наконец, до серьезных дефектов "я", пограничных состояний, аутизма и психозов, шизофрении и т. д.

Работа аналитика преследует важные цели: собственно лечение и сбор материала, причем в зависимости от обстоятельств то одна, то другая выходят на первый план. Встречаются случаи, когда врач понимает, что аналитическое лечение могло бы и не понадобиться, если бы своевременно были проведены консультации родителей, если бы по-другому был организован учебный процесс или если бы вовремя были устранены вредные внешние влияния. В других случаях аналитик уверен в диагнозе и не сомневается, что его помощь ребенку необходима. Но бывает и так, что перед ним сплошные загадки и совершенно неясно, стоит ли начинать лечение. В таких случаях надо призвать себе на помощь мысль о том, что анализ — наилучший метод для прояснения неопределенности. Ни одно нарушение нельзя должным образом классифицировать, а тем более выбрать лечение, пока не ясно, вследствие каких генетических, динамических или количественных факторов оно появилось.

Если детский анализ не приносит ожидаемого улучшения, причина, как правило, не в нем самом, а в неблагоприятных

внешних условиях, например в недостатке опыта у аналитика, отсутствии помощи со стороны родителей; недостаточной продолжительности лечения; перерыве в лечении вследствие телесной болезни; каких-либо неприятностях в семье; смене врача и т. д. Если же анализ помогает, успех кажется сам собой разумеющимся и не возникает вопросов, почему один и тот же метод при одинаковых условиях может быть применим к такому большому количеству самых различных форм болезни.

## **КЛАССИЧЕСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ ВЗРОСЛЫХ. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Изначально психоаналитические методы лечения были разработаны для помощи взрослым невротикам. Потому и основатели детского психоанализа поначалу имели в виду именно инфантильные неврозы. (За исключением Мелани Кляйн и ее последователей, которые с самого начала обращались также к тяжелым нарушениям "я" и психозам.) С тех пор поле деятельности психоанализа взрослых расширилось (см. материалы симпозиума 1954 г. "Расширение сферы психоанализа") и включает в себя, с небольшими вариантами, множество других нарушений: психозы, извращения, пагубные пристрастия, криминальный склад характера и т. п. Область применения детского анализа также расширилась и имеет теперь дело с тем же спектром проблем.

Развитие психоанализа взрослых нашло отражение в большом числе научных работ по теории и практике психоаналитического метода и по достигнутым терапевтическим результатам, причем это число постоянно растет. Чтобы не загромождать книгу перечислением работ отдельных авторов, мы приведем здесь список симпозиумов и конференций, посвященных этой теме.

1936 г. — XIV Международный психоаналитический конгресс (Мариенбад). Тема: "Теоретическое обоснование терапевтических результатов". Докладчики: Гловер, Фенихель, Стра-

чи, Бергель, Нунберг, Э. Бибринг. (Международный психоаналитический журнал. XXIII, 1)

1952 г. — Зимнее заседание Американской психоаналитической ассоциации (Нью-Йорк). Тема: "Традиционная психоаналитическая техника и ее разновидности". Докладчики: Опп, Гринэйкр, Александер, Вейгерт. (Журнал американской психоаналитической ассоциации. 2)

1953 г. — Ежегодное заседание Американской психоаналитической ассоциации (Лос-Анжелес). Тема: "Психоанализ и динамика психотерапии". Докладчики: Э. Бибринг, Жилль, Александер, Фромм-Рейхман, Рангель. (Там же.)

1954 г. — Симпозиум в Арден-хаузе (Нью-Йорк). Тема: "Расширение сферы применения психоанализа". Докладчики: Стоун, Джекобсон, А. Фрейд.

1957 г. — Симпозиум Международного психоаналитического конгресса (Париж). Тема: "Разновидности классической психоаналитической техники". Докладчики: Гринсон, Лёвенштейн, Буве, Эйслер, Рейх, Нахт. (Международный психоаналитический журнал. 39).

Из выступлений и публикаций этих симпозиумов можно выделить следующие определения целей аналитической работы:

цель анализа — изменить взаимоотношения между "оно", "я" и "сверх-я" (Э. Бибринг);

аналитическая терапия проводится для того, чтобы устранить защитные процессы или так изменить их, чтобы "я" терпимо относилось к тем побуждениям "оно", которые наименее сильны или меньше всего повреждены (О. Фенихель);

анализ должен понижать непримиримость "сверх-я" (Страчи);

цель анализа — внутриспсихические изменения в личности пациента (Жилль);

цель аналитика — направить сознание пациента вглубь, с тем чтобы он мог сам решить свои проблемы, — для этого следует непрерывно изменять его "я", "оно", "сверх-я" и тем самым поддерживать превосходство "я" над другими инстанциями (Гринсон).

Эти и многие другие авторы единодушны в том, что терапевтическое влияние анализ оказывает за счет изменения соотношения сил между "оно", "я" и "сверх-я", повышая их взаимную терпимость и добиваясь гармонии между ними. Такое определение цели предполагает допущение, что нарушения у пациентов в первую очередь обусловлены внутренним психическим конфликтом, по сравнению с которым все другие возможные патогенные воздействия, как например, нарушения межличностных отношений (см.: 123), играют второстепенную роль. Различные терапевтические процедуры оцениваются в зависимости от того, насколько каждая из них служит этой цели.

## **ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ: ОБОСНОВАНИЕ**

Приведенные выше определения немаловажны для аналитика, работающего с детьми. Они побуждают его изучать то, что предшествовало поступлению пациента на лечение, и точнее определять области, к которым оно применимо. Главное же, что должно интересовать аналитика, — связь между психическим конфликтом, психопатологией детства и психоаналитическим лечением. Наконец, сравнение детского анализа с классическим анализом взрослых оправданно только в том случае, если они имеют общую сферу применения и преследуют одни и те же терапевтические цели.

### *Психический конфликт в детском анализе*

#### *"Нормальные" конфликты в детстве и психоанализ*

Как говорилось выше, внутренние конфликты — нормальный побочный продукт развития структуры личности. Они возникают тогда, когда начинается отделение сперва "оно" от "я", позднее между "я" и "сверх-я", т. е. с момента, когда каждая психическая инстанция начинает функционировать отдельно.

При нормальных условиях эти обусловленные развитием противоречия устраняет само "я" ребенка при поддержке и под руководством родителей. Если их поддержка недостаточна, а дисгармония в личности ребенка достигает определенных масштабов, требуется помощь специалиста-аналитика. Он может облечь возникшие трудности в слова, истолковать их; снижать страхи по мере их появления, устранить ненужные защитные реакции, пока они не приобрели патогенного характера, открыть или помочь сохранить открытыми отводные пути для инстинктивных производных. Все это поможет ребенку, минуя различные стадии развития, поддерживать внутреннее равновесие. И именно это дает основание утверждать, что все дети, здоровые или больные, в ранние годы могут извлечь пользу из анализа. И все же у детского аналитика остается ощущение, что он решает задачу, которую следовало бы решать, с одной стороны, "я" ребенка, с другой — его родителям.

#### *Нарушения развития и психоанализ*

Иное дело, когда инстинкты и "я" развиваются неравномерно, отклоняя стрелку внутренних весов то в одну, то в другую сторону. Как говорилось выше (см. гл. IV), дети, чье "я" и "сверх-я" развиваются преждевременно, страдают от сильного внутреннего конфликта, сталкиваясь с собственными агрессивно-жестокими производными орального и анального частных инстинктов. Даже если последние во всем соответствуют возрасту, ребенок с преждевременно развитым "я" не воспринимает их как таковые и включает механизмы защиты. В противоположном случае, когда развитие "я" замедлено, оно не способно справиться с прегенитальными импульсами, и последние побеждают.

И в том и в другом случаях решение о необходимости начать психоаналитическое лечение неочевидно. Возможно, что разрыв между развитием инстинкта и "я" спонтанно компенсируется впоследствии и без анализа. Но возможно, что дисбаланс будет углубляться, нанося все более сильный вред лично-

сти и характеру. Анализ способен предотвратить такое развитие событий, сыграв не столько терапевтическую, сколько профилактическую роль.

Перед диагностом всегда стоит сложная задача предвидеть, чем может закончиться процесс развития.

### *Инфантильные неврозы как собственная сфера приложения детского анализа*

Диагносту намного проще, если налицо картина инфантильного невроза, в связи с которым подобных сомнений не возникает. Строение невроза достаточно хорошо изучено и практически не имеет различий у взрослых и детей, кроме того, что причину детского невроза следует искать в конфликтах эдипального периода. Невротическая симптоматика строится по классической схеме: опасность - ^ страх -\* постоянная регрессия к какой-то точке фиксации -\* отвержение активизировавшихся прегенитальных инстинктивных производных тч защитные процессы "я" -\* компромиссное образование. у

Более того, во время анализа ребенка-невротика аналитику выпадает роль, почти не отличающаяся от той, которую исполняет аналитик, работающий со взрослыми: он — помощник "я" пациента в его борьбе, и при благоприятных обстоятельствах эта помощь охотно принимается ребенком.

На вопрос, начиная с какого возраста можно считать, что "я" ребенка достаточно созрело, чтобы положительно отнестись к анализу, можно ответить на основе факта образования симптома. Если "я" желает противостоять инстинктивным производным настолько, что вызывает компромиссное образование, то, очевидно, оно благожелательно примет помощь. Это позволяет хотя бы теоретически ожидать сотрудничества со стороны пациента.

Несмотря на то что, как уже отмечалось выше, дети и взрослые по-разному страдают от невротических симптомов, детей-невротиков к такому сотрудничеству часто подталкивают именно страдания. Они испытывают и чисто физические неприятные ощущения: психосоматические, желудочно-кишечные рас-

стройства, экземы, астматические приступы, головные боли, нарушения сна, они страдают и от различных фобий (страх перед школой, улицей, животными); их мучает ограничение свободы действий по сравнению с другими детьми, недоступность многих удовольствий. Навязчиво-невротические дети чувствуют себя беспомощными перед неведомыми силами, которые вынуждают их совершать утомительные бессмысленные действия.

Случается, что дети открыто высказывают такие чувства, как, например, мальчик четырех с половиной лет, который сказал аналитику после того, как при нем осуществлял навязчивые действия: "Теперь ты по крайней мере видишь, что меня вынуждает делать беспокойство". Или как 6-летняя девочка, страдающая сильной школьной фобией, сказавшая своей матери: "Ты не должна думать, что я не хочу идти в школу. Я хочу, но не могу". Или как девочка в латентном периоде, старшая в семье, чьи неприятности состояли в зависти к пенису, ревности к младшим и вызванном мастурбацией чувстве вины, она бормотала про себя: "Все другие дети хорошие, только я плохая. Почему я такая плохая?" И она, и другие выражали одно ощущение: пропасть между тем, какими они хотят быть, и тем, какие они есть; беспомощность их "я" перед требованиями "сверх-я" и удивление, почему они не способны справиться со своими трудностями (см. также 13).

Разумеется, от такого отношения к трудностям не следует ожидать большего, чем самая первая готовность к анализу. Она исчезает, как только возникают сопротивление и перенос; и ее нельзя рассматривать как основу для лечения.

"Я" взрослых при анализе расщепляется на наблюдающую и наблюдаемую части, и это помогает ему преодолеть многие трудности. Такое расщепление смывается взрывом эмоций только на вершине невротического переноса. Как подробно описал Рихард Штерба (112), наблюдающая часть "я" идентифицируется с личностью аналитика, разделяет его растущее понимание внутренних процессов и принимает действенное участие в терапевтической работе.

Мы не имеем оснований ожидать от ребенка такого же понимания своих внутренних процессов. Способность к интроспекции, нормальная для зрелого "я", еще не сформирована в ребенке. Дети не задумываются над своими мыслями и переживаниями, разве только навязчивыми. В этом последнем случае расщепление "я" — всего лишь одна из нескольких тенденций (например, повышенная эмоциональная амбивалентность или усиление чувства вины, критическое восприятие самого себя и самоистязание). Другими словами, интроспекция у детей скорее ведет к патологии, чем способствует лечению.

Помимо описанных случаев, дети не имеют обыкновения давать себе отчет в том, что с ними происходит. Их любопытство направлено не на внутренний мир, а на внешний. Лишь в пубертатности некоторые дети обращаются к интроспекциям и самокопанию, и это достаточно мучительный процесс.

В преэдипальный, эдипальный и латентный периоды нежелание детей переживать тот или иной конфликт как внутренний заставляет их превращать его в конфликт с внешним миром. Нарушая собственные внутренние стандарты, они, чтобы не испытывать чувства вины, провоцируют родителей на наказание. Именно этим можно объяснить многие загадочные проявления непослушания. Особенно это свойственно детям латентного периода, которые, испытывая чувство вины за мастурбацию, после каждого удовлетворения своих сексуальных потребностей делают все, что только возможно, чтобы настроить против себя внешний мир (учителей, родителей и пр.). Диссоциальное поведение детей во многих случаях не только порождает муки совести, но и провоцирует дальнейшие диссоциальные действия, как бы в поиске наказания. И каждый раз порицание или наказание со стороны внешнего мира облегчает внутренний конфликт.

Большинство известных нам механизмов защиты преследует такую же цель. При инфантильных неврозах вызывающие страх оральные и анальные побуждения, желание смерти родителям, братьям и сестрам и т. п. смещаются из внутреннего мира на персоны внешнего мира (проецируются). Тем самым

внутренняя борьба против запретного инстинктивного желания превращается во внешнюю борьбу против мнимого соблазителя или преследователя, и ребенок может чувствовать себя невиновным. Таких смещений особенно много при инфантильных фобиях, когда внутренний конфликт между инстинктом, "я" и "сверх-я" превращен в несуществующую внешнюю опасность.

К несчастью, бегство от внутреннего конфликта также серьезно влияет на отношение ребенка к лечению. В отличие от взрослого, ожидающего облегчения от внутренних изменений, ребенок ждет, что аналитик своей властью изменит окружающий его мир. Он хочет сменить школу, чтобы не видеть больше ненавистного учителя, который на деле не что иное, как воплощение его чувства вины; или избавиться от "дурной компании", подбивающей его на плохие поступки, в то время как они вызваны его собственными частными инстинктами или агрессивно-сексуальными фантазиями; или скрыться от угроз товарищей по классу, хотя на самом деле эти угрозы существуют только как воплощение собственных пассивно-мазохистических желаний. Врач, который справедливо возражает против таких "методов лечения", в глазах ребенка превращается из помощника во врага.

К сожалению, родители слишком часто разделяют точку зрения своего ребенка и предпочитают изменять окружающий мир, а не искать решение внутреннего конфликта.

Трудности этого рода не стоит путать с сопротивлением, возникающим в ходе анализа вследствие вытеснений и переносов и поддающимся толкованию. Отсутствие интроспекции — следствие фундаментального отношения "я" и эффективное средство борьбы с душевной болью. И только идентификация с вызывающим полное доверие взрослым, союз с ним дают ребенку мужество более трезво взглянуть на собственный внутренний мир.

Можно возразить, что отрицание внутренних конфликтов свойственно не только детям, многие взрослые невротики также пользуются им как защитой. К счастью для аналитиков,

такие взрослые, как правило, избегают аналитической терапии и лечат себя сами, без конца меняя жизненные обстоятельства. И лишь на долю детского аналитика выпадает трудноразрешимая задача иметь дело с пациентами, которые не добровольно, не по своему желанию пришли к нему, но были вынуждены подчиниться чужой воле.

/

### *Различные виды инфантильных неврозов*

Ребенок не желает сотрудничать с аналитиком и тогда, когда его внутренний конфликт не выливается в инфантильный невроз в собственном смысле слова, а как бы сдвигается, вследствие того, что инстанции "я" не противостоят инстинктивным производным, а приспособляются, снижаясь до более низкой ступени развития (инфантилизм, нетипичные нарушения, распушенность). Ребенок доволен своим внутренним покоем, подобно тому как взрослый доволен своим извращением. И также не желает терапевтического вмешательства, поскольку оно угрожает равновесию. Аналитик при этом оказывается в парадоксальной ситуации: чтобы лечить ребенка, он должен обострить внутренние противоречия между "я" и "оно", те самые противоречия, устранить которые является его конечной целью.

В истории детского анализа эта очевидно парадоксальная терапевтическая задача была подробно рассмотрена двумя авторами.

Август Айхорн описал (1; 2), насколько беспомощным он чувствовал себя при лечении юных беспризорных, которые, яростно сопротивляясь ему и всему внешнему миру, в то же время легко находили общий язык со своими диссоциальными склонностями. Ему удалось создать нарциссическую связь между собой и ребенком, побудить его к идентификации с аналитиком и его системой ценностей и, таким образом изменив стандарт его "я", внести в него конфликт. Чем больше беспризорник превращался в невротика, тем более доступным становился для аналитической терапии, которую можно было вести обычным способом. Айхорн, как и многие другие, считал су-

ществование внутренних конфликтов необходимым условием возможности анализа.

Для той же цели мною в 1926 г. было предложено ввести так называемую вводную фазу анализа, служащую той же цели, а именно самому первому проникновению во внутренний мир маленького пациента. И хотя многие коллеги неверно понимали ее как попытку добиться неправомерного "улучшения" путем переноса, она все же достигала своей цели — привлекала внимание ребенка к его внутренним проблемам. Я разработала эту методику на основе предположения, что, прежде чем станет возможным аналитическое толкование внутреннего конфликта, ребенок должен почувствовать его. В настоящее время для активизации конфликта между "оно" и "я" успешно используется толкование защитных механизмов.

Обобщая, можно сказать, что детский психоанализ успешнее всего выполняет свою терапевтическую роль тогда, когда налицо конфликт во внутренней жизни ребенка, причем неважно, является ли он преходящим и обусловленным развитием или имеет невротический характер. Помимо чисто внешних улучшений, которые являются результатом положительного переноса и которые не должны вводить в заблуждение ни родителей, ни самого аналитика, мы получаем достаточно хороший результат при толковании, сопротивлении (защита) и повторном переносе, т. е. при аналитической работе в самом строгом смысле слова.

При нарушениях, обусловленных развитием, толкование и прояснение страхов, устранение регрессий и возобновление поступательного развития дают хороший терапевтический эффект. При инфантильных неврозах приступы страха, приверженность ритуалам, навязчивые действия и пр. можно преодолеть, сделав бессознательное содержание осознанным: так, навязчивый страх прикосновения исчезает, когда ребенок начинает понимать его связь с мастурбацией или с агрессивными фантазиями; фобии уходят, когда становится ясным породившее их эдипальное замещение; а фиксацию на травматическом переживании устраняет возвращение травмы в

сознательные воспоминания или ее истолкование при переносе.

Невротическое симптомообразование вредит как инстинктивным производным ребенка, так и его "я". В соответствии с этим двойственна терапевтическая задача. Поскольку толкованию подвергаются попеременно защита и защищаемое, то и облегчение приносится попеременно то запуганному "я", то угнетенным инстинктам. Это происходит до тех пор, пока бессознательное в них обоих не вырывается на поверхность, не облекается в слова, не проясняется и не истолковывается, с тем чтобы стать частью интегрированной личности ребенка.

### *Лечение прочих нарушений*

В отличие от лечения основанных на конфликте невротических нарушений, лечение задержек, дефектов и затруднений в развитии имеет иную природу, хотя и к ним применимы (и дают неплохой результат) методы детского психоанализа.

### *Терапевтические элементы психоанализа*

Все специалисты, занимающиеся данной проблемой, согласны с тем, что психоанализ, помимо толкования сопротивления и переноса, расширения сознания за счет бессознательных частей "оно", "я" и "сверх-я" и вытекающего из этого расширения господства "я" над другими частями личности, являющихся его главной сутью, содержит и другие элементы, иногда присутствующие неочевидно. В детском анализе большую роль играет облечение в слова и прояснение предсознательного содержания. Они уменьшают страхи, которые обязательно вызываются каждым прямым толкованием бессознательного. Суггестивные элементы (элементы внушения) приписывают аналитику, когда он временно становится для своего пациента всемогущей, очень важной в эмоциональном отношении фигурой. Так называемые "воспитательные" эффекты детского анализа также следует относить на этот счет. Пока дети воспринимают аналитика как "новый" для них объект, они используют эмоциональное отношение к нему для коррекции

и компенсации разочарований из прошлого опыта. И, наконец, существует ободрение, которое у детей неразрывно связано с присутствием взрослого, которому можно доверять.

Аналитик прекрасно знает, что все эти внеаналитические элементы следует сводить к минимуму. Однако его усилия не всегда успешны, ведь в конечном счете выбор терапевтического метода зависит не от его желания, а от индивидуальной природы, личности и специфической формы болезни пациента.

В этой связи интересно высказывание З. Фрейда, процитированное З. Ференци (30): "Мы можем лечить невротиков, как нам угодно, они всегда лечатся сами... посредством переноса", то есть концентрируя свой невроз вокруг личности аналитика.

Фрейдом же сформулировано следующее положение: "Какие бы технические средства мы ни применяли, чтобы удерживать пациентов в рамках анализа, они вмешиваются в лечение разными, зависящими от формы их патологии способами: истерик при переносе проникается страстной любовью или ненавистью к аналитику; страдающий навязчивым неврозом наделяет его магическим могуществом; мазохист в самом лечении находит повод для страданий; садист через перенос приобретает объект для мучений; раб пагубной страсти не может обходиться без аналитика, словно без алкоголя или наркотиков".

Сходные мысли высказал и К.Р. Айслер (26) в работе, посвященной патологии "я": каждый пациент, отмечает он, по своему реагирует на аналитический процесс. На основе тех изменений, которые он вносит в этот процесс, можно сделать выводы о характере нарушений "я" пациента. Перефразируя высказывания обоих авторов, можно сказать, что нарушение у ребенка проявляет само себя в тех элементах, которые он выбирает из широкого спектра, предложенного ему психоанализом.

*Выбор терапевтических элементов  
на основе диагностических категорий*

Выработанные нами для упорядочения детской психопатологии диагностические категории (см. гл. IV) служат и ново-

му пониманию теории и техники лечебного процесса. Как мы покажем ниже, каждый вид нарушений не только ставит перед аналитиком особую цель, но и влияет на эффективность и природу лечебного процесса.

Предварительные ступени инфантильных неврозов и сами инфантильные неврозы (1—3 диагностические категории) лучше всего поддаются лечению собственно аналитическими средствами: толкованием защиты и сопротивления, переносом. Эти средства, таким образом, и составляют лечебный процесс. Ни внушение, ни ободрение, ни коррекция старых эмоциональных отношений не играют достойной внимания роли, и аналитик остается аналитиком в собственном смысле слова. Ребенок обратится к этим элементам при сопротивлении, желая избежать настоящего анализа, т. е. понимания своего внутреннего конфликта. Но ни один из них в отдельности, ни все вместе не принесут улучшения. Даже если в результате психотерапевтического лечения наступит поверхностное облегчение, конфликт между внутренними силами останется незатронутым.

Иное дело, когда нарушение не имеет невротического характера (5 диагностическая категория). Здесь вторичные терапевтические средства, отдельно или в соединении друг с другом, могут дать отличный результат, в то время как толкование бессознательного, материала переноса или сопротивления, т. е. собственно психоанализ, может оказаться неэффективным или даже иметь нежелательные последствия.

Классическое чередование улучшений и ухудшений при толковании, например, у детей в пограничном состоянии, протекает совсем по-другому, чем у невротиков. Для таких детей характерна буйная жизнь фантазий, зато нарушения инстинктивных производных минимальны, а потому легко доступны аналитику. Однако ожидаемого облегчения и усиления контроля "я" над фантазиями не происходит. Наоборот, аналитическое толкование часто приводит к взрыву порожденного фантазиями страха. Чем корректнее действует аналитик, чем точнее владеет аналитической техникой, тем неожиданнее ведет себя ребенок; он охотно и без обычного сопротивления посвящает

аналитика в свои фантазии, однако при этом его намерение — не избавиться от них, а вовлечь в них аналитика, устроить с ним некое "безумие вдвоем", весьма приятное ребенку, но бесполезное с точки зрения лечения. Лечение помогает ребенку понять предсознательные страхи, но его слабое, беспомощное "я" не в состоянии справиться с ними и подчинить их вторичному процессу. В случаях, когда трудно различить тяжелый инфантильный невроз и пограничное состояние, этот отрицательный терапевтический эффект толкования бессознательно-го может служить подсказкой для диагноста.

У детей с нарушениями либидо формируется отношение к аналитику, соответствующее той стадии, на которой "застряло" их развитие. Они не проводят различия между собой и аналитиком, т. е. переносят на него изначальное единение матери и ребенка (симбиоз); или рассматривают аналитика лишь как средство к удовлетворению своих желаний (любовь по типу потребности в опоре и поддержке). Толкование переноса может дать эффект только в тех случаях, когда нарушение восходит к какому-то травматическому переживанию или регрессии от достигнутых когда-то ступеней развития либидо. Если же нарушения являются следствием серьезных огорчений в первых объектных отношениях, толкование переноса результата не принесет. Зато ребенок может охотно пойти на доверительные отношения с аналитиком, так как именно таких контактов ему недостает. Достаточно частые и продолжительные, не прерываемые посторонними встречи, отсутствие соперников — все это новый для ребенка эмоциональный опыт, и он может подтолкнуть к дальнейшему развитию остатки его нормальных либидных установок. Достижимый вследствие этого терапевтический эффект — коррекция эмоционального опыта, а не психоанализ. Результат коррекции отличается от результатов психоанализа тем, что он обусловлен временем. Коррекция должна быть проведена по возможности на той же стадии развития, на которой произошло повреждение, или, во всяком случае, не намного позже. Если время упущено, коррекция пользы не принесет.

Умственно отсталые дети больше всего страдают от архаических страхов. Из-за неразвитости у них функций "я" они одинаково не в состоянии ориентироваться ни во внутреннем, ни во внешнем мире. Возникающие вследствие этого страхи, в свою очередь, замедляют рост "я". Анализ может разорвать этот замкнутый круг, разделяя изначальный страх на различные виды страхов, свойственные более зрелой личности: страх разлучения, страх потери объекта, страх кастрации, чувство вины и пр. Однако терапевтический эффект здесь достигается ободрением, а не собственно аналитическими методами.

И даже в случаях резкого дисбаланса между составными частями личности (5-я диагностическая категория) можно добиться улучшения. Если резко обедненные инстинкты испытывают давление со стороны относительно нормально развитого "я", то это стимулирует жизнь фантазий, помогает открыть выход для инстинктивных производных, что, безусловно, является побочным "продуктом" анализа. Если же, наоборот, повреждено "я", а инстинктивная жизнь относительно нормальна, аналитик выступает как бы "вспомогательным "я". И в том, и в другом случаях также не собственно анализ, а присущие ему вторичные элементы оказывают благоприятное терапевтическое влияние.

При анализе различных нарушений у подростков мы наблюдаем, как вследствие смешанного характера их психопатологии постоянно меняется их поведение по отношению к аналитической терапии. К.Р. Айслер (28) подробно описал подобные случаи, указав, что от аналитика здесь требуется быстрая смена техники. Мы же склонны видеть здесь, скорее, спонтанные проявления пациента, выбирающего для себя то один терапевтический метод, то другой, в то время как сама процедура анализа остается неизменной.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Если ребенок страдает постоянной регрессией или стойкой невротической симптоматикой, ему может помочь только психоаналитическое лечение, которое изменяет соотношение сил между психическими инстанциями. При других нарушениях личность ребенка подвижна и открыта различным влияниям внешнего мира, которыми могут стать семья, школа, лечение.

Развитие врожденных способностей ребенка может быть ускорено или замедлено в зависимости от поведения матери. И в дальнейшем родители могут сделать немало, для того чтобы выровнять несогласованность в темпах развития различных частей личности. Если они направляют свое внимание, свои интересы, свое либидо на те области, в которых ребенок отстает, то интересы и либидо ребенка последуют за ними и будут способствовать прогрессу в этом ранее отстававшем направлении. Вместо этого родители, как правило, впадают в распространенную ошибку и усугубляют дисбаланс: если детский интеллект развивается рано, родители склонны делать все, чтобы давать ему дальнейшую пищу; если опережает время развитие речи, родители стараются говорить с ребенком как можно больше; если особенно высоко развита моторика, они создают все новые возможности для упражнений. А между тем своевременное и правильное содействие родителей могло бы принести огромный терапевтический эффект.

Тенденции к разрушению, возникшие вследствие недостаточного развития либидо, можно устранить, открывая для ребенка новые возможности либидных связей с окружающим миром. Либидное развитие само по себе в большой степени зависит от того, предоставляет ли окружающий мир объект для заполнения. "Я" ребенка реагирует на открывающиеся возможности идентификации, давление "сверх-я" ослабевает

вследствие появившейся возможности экстерииоризации. Другими словами, возможности благоприятного влияния на развитие ребенка со стороны родителей так же многочисленны, как и исходящие от них вредные влияния.

Некоторые специалисты, особенно те из них, кто посвятил себя изучению определенных областей или стадий детского развития, настаивают на том, что для каждого вида инфантильной патологии должны быть выработаны специальные методы лечения. Они утверждают, что при работе с детьми с отстающим развитием либидо следует прежде всего заняться их симбиотическими или аутическими побуждениями (92); что детям, пострадавшим от разлучения с матерью, нужна прежде всего коррекция эмоционального опыта (3). Если продолжить эту линию дальше, то получится, что детям в пограничных состояниях требуется ободрение, а тем, кто страдает тяжелыми дефектами "я", — "вспомогательное "я"" психодинамика.

На первый взгляд такая специализация представляется разумной, так как отсекает трату времени на комплексную аналитическую терапию в тех случаях, когда ребенок вследствие специфики своего заболевания не может ее использовать. Однако при более внимательном рассмотрении возникает ряд возражений.

Во-первых, очень немногие пациенты имеют клиническую картину, не оставляющую сомнений в том, к какой диагностической категории их следует отнести. Гораздо чаще их нарушения носят смешанный характер, то есть патология возникла вследствие комбинации многих факторов и проявляется по-разному. Нарушениям в эмоциональной жизни ребенка, например, обычно сопутствует потеря интереса к внешнему миру и, как следствие повреждения "я". Травматические события, как правило, сопровождаются хронической неблагоприятной ситуацией. Диссоциальность очень часто имеет невротическое основание, то же можно сказать и об атипичном развитии и пограничных состояниях. Иными словами, за исключением самых тяжелых случаев (6-я диагностическая категория), в пси-

хике пациентов наряду с больными присутствуют и здоровые элементы. И значит, только психоанализ в целом располагает возможностью как лечения заболевшего ребенка, так и содействия его самоисцелению.

Для вдумчивого аналитика жизненно важно второе возражение, а именно — что при начале анализа выявляются все новые факты, которые могут изменить сложившийся ранее диагноз. Если же мы с самого начала беремся решать, какие методы использовать не стоит, потому что, по нашему мнению, в данном случае они не принесут успеха, то, следовательно, мы должны заранее точнейшим образом классифицировать нарушение. А при современном состоянии наших знаний мне это представляется идеалом отдаленного будущего.

# ИСТОЧНИКИ И ЛИТЕРАТУРА

1. Aighhorn, A. (1923-48), *Delinquency and Child Guidance: Selected Papers*, New York: International Universities Press, 1965.
2. Aighhorn, A. (1925), *Wayward Youth*, New York: Viking Press, 1935.
3. Alpert, A. (1959), Reversibility of Pathological Fixations Associated with Maternal Deprivation in Infancy, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14: 169-85.<sup>1</sup>
4. Angel, A., *See* Katan, A.
5. Bibring, Edward (1936), The Development and Problems of the Theory of the Instincts, *Int. J. Psycho-Anal*, 22: 102-31, 1941.
6. Bibring, Edward (1937), On the Theory of the Therapeutic Results of Psycho-Analysis, *Int. J. Psycho-Anal*, 18: 170-89.
7. Bibring, Edward (1954), Psychoanalysis and the Dynamic Psychotherapies, *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2: 745-70.
8. Bibring, Grete L. (1940), Uber eine orale Komponente der mannlichen Inversion, *Int. Z. Psychoanal*, 25: 124-30.
9. Bohm, F. (1920), Beitrage zur Psychologie der Homosexualitat, *Int. Z. Psychoanal*, 6: 297-319.
10. Bohm, F. (1930), The Femininity Complex in Men, *Int. J. Psycho-Anal*, 11:444-69.
11. Bdhm, F. (1933), Uber zwei Typen von mannlichen Homosexuellen, *Int. Z. Psychoanal*, 19: 499-506.
12. Bonnard, A. (1950), Environmental Backgrounds Conducive to the Production of Abnormal Behaviour and Character Stucture, Including Delinquency, in *Congrbs International de Psychiatrie*, Paris, Hermann.

<sup>1</sup> *The Psychoanalytic Study of the Child*, currently 19 Volumes, edited by Ruth S. Eissler, Anna Freud, Heinz Hartmann, Marianne Kris, New York: International Universities Press; London: Hogarth Press, 1945-1964.

13. Bornstein, B. (1949), The Analysis of a Phobic Child, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 3/4: 181-226.
14. Bornstein, B. (1951), On Latency, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 6: 279-285.
15. Bowlby, J. (1944), *Forty-four Juvenile Thieves*, London: Bailliere, Tindall & Cox, 1946.
16. Bowlby, J. (1960), Separation Anxiety, *Int. J. Psycho-Anal*, 41: 89-113.
17. Bowlby, J., Robertson, James & Rosenbluth, D. (1952), A Two-Year-Old Goes to Hospital, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7: 82-94.
18. Breuer, J. & Freud, S. (1893), On the Psychical Mechanism of Hysterical Phenomena: Preliminary Communication, *Standart Edition*, 2: 1-17.<sup>2</sup>
19. Brodey, W.M. (1964), On the Dynamics of Narcissism: I. Externalization and Early Ego Development, *The Psychoanalytic Study of the Child*.
20. Bryan, D. (1930), Bisexuality, *Int. J. Psycho-Anal.*, 11: 150-66.
21. Biihler, C (1935), *From Birth to Maturity*, London: Routledge & Kegan Paul.
22. Burlingham, D. (1952), *Twins: A Study of Three Pairs of Identical Twins*, New York: International Universities Press.
23. Burlingham, D., Goldberger, A., & Lussier, A. (1955), Simultaneous Analysis of Mother and Child, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10: 165-86.
24. Daly, C.D. (1928), Der Menstruationskomplex, *Imago*, 14: 11-75.
25. Daly, C.D. (1943), The Role of Menstruation in Human Phylogenesis and Ontogenesis, *Int. J. Psycho-Anal.*, 24: 151-70.
26. Eissler, K.R. (1950), Ego-Psychological Implications of the Psychoanalytic Treatment of Delinquents, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5: 97-121.
27. Eissler, K.R. (1953), The Effect of the Structure of the Ego on Psychoanalytic Technique, *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 1: 104-43.

<sup>2</sup> See footnote 3.

28. Eissler, K.R. (1958), Notes on Problems of Technique in the Psychoanalytic Treatment of Adolescents: With Some Remarks on Perversions, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 13: 223-54.
29. Fenichel, O. (1936), The Symbolic Equation: Girl=Phallus, *The Collected Papers of Otto Fenichel*, 2: 3-18, New York: W.W. Norton, 1954.
30. Ferenczi, S. (1909), Introjection and Transference, in: *Sex in Psychoanalysis*, New York: Basic Books, 1950, pp. 35-93.
31. Ferenczi, S. (1911), On the Part Played by Homosexuality in the Pathogenesis of Paranoia, in: *Sex in Psychoanalysis*, pp. 154-86.
32. Ferenczi, S., (1914), The Nosology of Male Homosexuality (Homoerotism), *Sex in Psychoanalysis*, 1950, pp. 296-318.
33. Flugel, J.C. (1930), *The Psychology of Clothes*, London: Hogarth Press.
34. Freud, Anna (1926-45), *The Psycho-Analytical Treatment of Children*, London: Imago-Publishing Co., 1946; New York: International Universities Press, 1955.
35. Freud, Anna (1945), Indications for Child Analysis, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1: 127-50.
36. Freud, Anna (1946), The Psychoanalytic Study of Infantile Feeding Disturbances, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2: 119-32.
37. Freud, Anna (1949), Aggression in Relation to Emotional Development, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 31 A: 37-42.
38. Freud, Anna (1951), Observations on Child Development, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 6: 18-30.
39. Freud, Anna (1952), The Role of Bodily Illness in the Mental Life of Children, *Psychoanalytic Study of the Child*, 7: 69-81.
40. Freud, Anna (1962), Assessment of Childhood Disturbances, *Psychoanalytic Study of the Child*, 17: 149-58.
41. Freud, Anna & Burlingham, D. (1943), *War and Children*, New York: International Universities Press.
42. Freud, Anna & Burlingham, D. (1944), *Infants Without Families*, New York: International Universities Press.
43. Freud, Anna & Dann, S. (1951), An Experiment in Group Upbringing, *Psychoanalytic Study of the Child*, 6: 127-68.
44. Freud, Anna, *see also* Robertson, Joyce: Levy, Kata.

45. Freud, Sigmund (1893), On the Psychological Mechanism of Hysterical Phenomena: A Lecture, *Standard Edition*, 3: 25-39<sup>3</sup>
46. Freud, Sigmund (1900), The Interpretation of Dreams, *Standard Edition*, 4 & 5.
47. Freud, Sigmund (1905), The Essays on the Theory of Sexuality, *Standard Edition*, 7: 125-245.
48. Freud, Sigmund (1907), The Sexual Enlightenment of Children, *Standard Edition*, 9: 129-39.
49. Freud, Sigmund (1909), Analysis of a Phobia in a Five-Year-Old Boy, *Standard Edition*, 10: 5-149.
50. Freud, Sigmund (1913), The Disposition to Obsessional Neurosis: A Contribution to the Problem of Neurosis, *Standard Edition*, 12: 313-26.
51. Freud, Sigmund (1914), On Narcissism: An Introduction, *Standard Edition*, 14: 67-102.
52. Freud, Sigmund (1916-17 [1915-17]), Introductory Lectures on Psycho-Analysis, *Standard Edition*, 15 & 16.
53. Freud, Sigmund (1918 [1914]), From the History of an Infantile Neurosis, *Standard Edition*, 17: 7-122.
54. Freud, Sigmund (1919), Preface to Reik's *Ritual: Psycho-Analytic Studies*, *Standard Edition*, 17: 259-63.
55. Freud, Sigmund (1922), Some Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia and Homosexuality, *Standard Edition*, 18: 221-32.
56. Freud, Sigmund (1924), A Short Account of Psycho-Analysis, *Standard Edition*, 19: 189-209.
57. Freud, Sigmund (1926 [1925]), Inhibitions, Symptoms and Anxiety, *Standard Edition*, 20: 77-174.
58. Freud, Sigmund (1927), The Future of an Illusion, *Standard Edition*, 21: 5-56.
59. Freud, Sigmund (1930 [1929]), Civilization and Its Discontents, *Standard Edition*, 21: 64—145.
60. Freud, Sigmund (1931), The Expert Opinion in the Halsmann Case, *Standard Edition*, 21: 251-53.

<sup>3</sup> *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. 24 Volumes, Translated and edited by James Strachey, London: Hogart Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1953.

61. Freud, Sigmund(1932), New Introductory Lectures on Psycho-Analysis, *Standard Edition*, 22: 3-182.
62. Freud, Sigmund (1937), Analysis Terminable and Interminable, *Collected Papers*, 5: 316-57, London: Hogarth Press, 1950.
63. Freud, Sigmund *see also* Breuer, J.
64. Geleerd, E.R. (1958), Borderline States in Childhood and Adolescence, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 13: 279-95.
65. Gillespie, W.H. (1964), Symposium on Homosexuality, *Int. J. Psycho-Anal*, 45: 203-9.
66. Greenacre, P. (1960), Considerations Regarding the Parent-Infant Relationship, *Int. J. Psycho-Anal*, 41: 571-84.
67. Gyomroi, E.L. (1963), The Analysis of a Young Concentration Camp Victim, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18: 484-510.
68. Hartmann, H. (1947), On Rational and Irrational Action, *Psychoanalysis and the Social Sciences*, 1: 359-92, New York: International Universities Press.
69. Hartmann, H. (1950a), Psychoanalysis and Developmental Psychology, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5: 7-17.
70. Hartmann, H. (1950b), Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5: 74—96.
71. Hellmann, I., Friedmann, O., & Shephard, E. (1960), Simultaneous Analysis of Mother and Child, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15: 359-77.
72. Hoffer, W. (1950), Development of the Body Ego, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5: 18-23.
73. Hoffer, W. (1952), The Mutual Influences in the Development of Ego and Id: Earliest Stages, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7: 31-41.
74. Isakower, O. Personal communication.
75. Jacobson, E. (1946), The Effect of Disappointment on Ego and Superego Formation in Normal and Depressive Development, *Psychoanal. Rev.*, 33: 129-47.
76. James, Martin (1960), Premature Ego Development: Some Observation upon Disturbances in the First Three Years of Life, *Int. J. Psycho-Anal*, 41: 288-94.

77. James, T.E. (1962), *Child Law*, London: Sweet & Maxwell.
78. Jones, E. (1932), *The Phallic Phase*, *Papers on Psychoanalysis*, Baltimore: Williams & Wilkins, 1949, pp. 452-84.
79. Katan, Army (1937), *The Role of 'Displacement' in Agoraphobia*, *Int. J. Psycho-Anal*, 32: 41-50, 1951.
80. Katan, Anny (1961), *Some Thoughts about the Role of Verbalization in Early Childhood*, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16: 184-88.
81. Klein, M. (1957), *Envy and Gratitude*, London: Tavistock Publications.
82. Kris, E. (1950), *Notes on the Development and on Some Current Problems of Psychoanalytic Child Psychology*, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5: 24-46.
83. Kris, E. (1951), *Opening Remarks on Psychoanalytic Child Psychology*, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 6: 9-17.
84. Laforgue, R. (1936), *La Nevrose Familiale*, *Rev. Franc. Psychoanal*, 9: 327-59.
85. Lagache, D. (1950), *Homosexuality and Jealousy*, *Int. J. Psycho-Anal*, 31: 24-31.
86. Lampl-de Groot, J. (1950), *On Masturbation and Its Influence on General Development*, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5: 153-74.
87. Levy, K. (1960), *Simultaneous Analysis of a Mother and Her Adolescent Daughter: The Mother's Contribution to the Loosening of the Infantile Object Tie. With an Introduction by Anna Freud*, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15: 378-91.
88. Lewin, B.D. (1933), *The Body as Phallus*, *Psychoanal. Quart.*, 2: 24-47.
89. Little, M. (1958), *On Delusional Transference (Transference Psychosis)*, *Int. J. Psycho-Anal*, 39: 134-38.
90. Loewenstein, R.M. (1935), *Phallic Passivity in Men*, *Int. J. Psycho-Anal*, 16: 334-40.
91. Mahler, M.S. (1952), *On Child Psychosis and Schizophrenia: Autistic and Symbiotic Infantile Psychoses*, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7: 286-305.
92. Mahler, M.S. & Gosliner, B.J. (1955), *On Symbiotic Child Psychosis: Genetic, Dynamic and Restitutive Aspects*, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10: 195-212.

93. Michaels, J.J. (1955), Disorders of Character: Persistent Enuresis, Juvenile Delinquency and Psychopathic Personality, Springfield, 111.: Charles C. Thomas.

94. Michaels, J.J. (1958), Character Disorder and Acting upon Impulse, in *Readings Psychology*, ed. M. Levitt, New York: Appleton.

95. Murphy, L.B. (1964), Some Aspects of the First Relationship, *Int. J. Psycho-Anal.*, 45: 31-43.

96. Nunberg, H. (1947), Problems of Bisexuality as Reflected in Circumcision, London: Imago Publishing Co., 1949.

97. Panel (1954a), The Traditional Psychoanalytic Technique and Its Variations, *Amer. Psychoanal. Assn.*, 2: 621-710.

98. Panel (1954b), Psychoanalysis and Dynamic Psychotherapies: Similarities and Differences, *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2: 711-97.

99. Pasche, F. (1964), Symposium on Homosexuality, *Int. J. Psycho-Anal.*, 45: 210-13.

100. Peck, N. (1962), Chronological Age and the Rehabilitative Process, Thesis, Criminal Law Division, Yale Law School, New Haven.

101. Rangell, L. (1954), Panel Report: Psychoanalysis and Dynamic Psychotherapy — Similarities and Differences, *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2: 151-66.

102. Robertson, James (1958), Young Children in Hospital, London: Tavistock Publications; New York: Basic Books, 1959.

103. Robertson, Joyce (1956), A Mother's Observations on the Tonsillectomy of Her Four-Year-Old Daughter. With Comments by Anna Freud, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 11: 410-33.

104. Robertson, Joyce (1962), Mothering as an Influence on Early Development. A Study of Well-Baby Clinic Records, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 17: 245-64.

105. Sadger, J. (1920), Psychopathia sexualis und innere Sekretion, *Fortschr. Med.*, 1.

106. Sadger, J. (1921), Die Lehre von der Geschlechtsverirrungen, Leipzig & Vienna: Deuticke.

107. Sarnoff, C. (1963), Discussion of 'The Analysis of a Transvestite Boy', by Melitta Sperling [Abstract of Meeting of the Psychoanalytic Association of New York], *Psychoanal. Quart.*, 32: 471.

108. Sperling, M. (1963), Fetishism in Children, *Psychoanal. Quart.*, 32: 374-92.
109. Spitz, R.A. (1945), Hospitalism, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1: 53-74.
110. Spitz, R.A. (1946), Analytic Depression, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2: 313-42.
111. Springe, M.P. (1962), The Development of a Preoedipal Partnership between an Adolescent Girl and Her Mother, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 17: 418-50.
112. Sterba, R. (1934), The Fate of the Ego in Analytic Therapy, *Int. J. Psycho-Anal.*, 15: 117-26.
113. Symposium (1937), The Theory of the Therapeutic Results of Psycho-Analysis, *Int. J. Psycho-Anal.*, 18: 125-89.
114. Symposium (1954), The Widening Scope of Indications for Psychoanalysis, *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2: 567-620.
115. Symposium (1958), Variations in Classical Psycho-Analytic Technique, *Int. J. Psycho-Anal.*, 39: 200-42.
116. Weiss, E. (1925), Über eine noch nicht beschriebene Phase der Entwicklung zur heterosexuellen Liebe, *Int. Z. Psychoanal.*, 11: 429-43.
117. Winnicott, D.W. (1949), *The Ordinary Devoted Mother and Her Baby*, London: Tavistock Publications.
118. Winnicott, D.W. (1953). Transitional Objects and Transitional Phenomena: A Study of the First Not-Me Possession, *Int. J. Psycho-Anal.*, 34: 89-97.
119. Winnicott, D.W. (1955), Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-up, *Int. J. Psycho-Anal.*, 36: 16-26.
120. Winnicott, D.W. (1960), The Theory of the Parent-Infant Relationship, *Int. J. Psycho-Anal.*, 41: 585-95.
121. Wulff, M. (1941), A Case of Male Homosexuality, *Int. J. Psycho-Anal.*, 23: 112-20, 1942.
122. Wulff, M. (1946), Fetishism and Object Choice in Early Childhood, *Psychoanal. Quart.*, 15: 450-71.
123. Zetzel, E.R. (1953), Panel Report: The Traditional Psychoanalytic Technique and Its Variations, *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 1: 526-37.

## ЛИТЕРАТУРА НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

1. *Фрейд А.*: Введение в технику детского психоанализа. Одесса, 1927; переизд. М., 1991.

2. *Фрейд А.*: Разлука с матерью. // Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия: Учеб. пособие для студентов пед. ун-тов и ин-тов / Ред.-сост. В.С. Мухина. — М.: Просвещение, 1991, с. 142-143.

3. *Фрейд А.*: Психология "Я" и защитные механизмы. М., "Педагогика-Пресс", 1993.

4. *Фрейд А.*: Норма и патология детства / Пер. с нем. Я.Л. Обухова. // Фрейд А.; Фрейд З.: Детская сексуальность и психоанализ детских неврозов. СПб., В.Е. Институт Психоанализа, 1995.

Freud A.: The Writing of Anna Freud, New York, International Universities Press. London, Hogarth Press and The Institutes of Psycho-Analysis. 1968-1981.

Freud A.: Die Schriften der Anna Freud, München, Kindler Verlag, 1980, 10 Bd.; 2. 1987, 10 Bd.

Freud A.: Einführung in die Technik der Kinderanalyse, Leipzig / Wien / Zurich, Internationaler psychoanalytischer Verlag, 1927.

Freud A.: Einführung in die Psychoanalyse für Pädagogen, Vier Vorträge, Stuttgart, Hippokrates, 1930.

Freud A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen, Wien, Internationaler psychoanalytischer Verlag, 1936.

Freud A., Burlingham D.: Young Children in War — Time: A Year's Work in a Residential Nursery, London, Alien & Unwin, 1942.

Freud A.; Burlingham D.: Infants Without Families: The Case for and Against Residential Nurseries, London, Alien & Unwin, 1943.

Freud A.: Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development, New York, International Universities Press, 1965.

Freud A., Bergmann T.: Children in the Hospital, New York, International Universities Press, 1965.

## ЛИТЕРАТУРА ОБ АННЕ ФРЕЙД:

Асанова Н.К.: Детская психоаналитическая психотерапия в Великобритании. // Российский психоаналитический вестник, 1993-1994, № 3-4, с. 211-214.

Куттер П.: Современный психоанализ / Пер. с нем. С.С. Панкова под общей редакцией В.В. Зеленского. — СПб.: "Б.С.К.", 1997.

Обухов Я.Л.: Детская агрессивность и проблемы анального характера в концепции Анны Фрейд. // Российский психоаналитический вестник, 1993-1994, № 3-4, с. 136-144.

Обухов Я.Л.: Анна Фрейд. // Психоаналитический вестник, 1996, № 5, с. 44-49.

Томэ Х.; Кэхеле Х.: Современный психоанализ. Т. 1-2. Пер. с англ. / Общ. ред. А.В. Казанской. — М.: Издательская группа "Прогресс" — "Литера", Издательство Агентства "Яхтсмен", 1996.

Peters U.H.: Anna Freud — Ein Leben für das Kind, München, Rindler, 1979.

Salberber W.: Anna Freud, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 1985.

# ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Авторитет, родительский авторитет — 19, 40, 52, 163  
Агрессия, агрессивность — 19, 28, 30, 38, 41, 46, 47, 50, 52 53 63  
67, 68, 77, 79, 84-86, 95, 101, ПО, 118, 120-122, 131, 139 'ш'  
160, 161, 171, 176, 196  
Амбивалентность - 51, 69, 71, 77, 109, 132, 137, 139, 144, 183, 193  
Ассоциация (свободная), ассоциирование — 17, 39, 40, 41, 46  
Аутоэротика (аутоэротические действия) — 21, 31, 63, 72—74, 82, 92,  
98, 111, 141, 151, 183  
Аутизм - 114, 115, 135, 186, 203  
Аффект- 18, 115, 124  
Бессознательное, производные бессознательного — 24—28, 33, 36,  
40, 42, 43, 47, 55, 76, 108, 196, 197  
Вербализация — 42, 43, 50  
Влечение — 20, 21, 165  
Влияние (воздействие) — 17, 68, 203  
— внутренние и внешние влияния — 17, 19, 57, 59, 93, 128, 186, 202  
— патогенное влияние — 18, 55, 59, 60, 61, 107, 120, 128  
— травматическое влияние — 19, 36, 99, 129  
Внешний (объектный, объективный) мир — 31, 42, 44, 45, 48, 50,  
53, 58, 62, 73, 77, 102, 103, 105, 111, 123, 140, 152, 153, 161, 162,  
183, 193, 203  
Внушение — 17, 36, 197, 199  
Воровство - 109-112, 132, 177  
Вытеснение (вытесненное желание) — 24, 28, 31, 42, 76, 77, 102,  
126, 138, 158, 194  
Глубинный процесс (глубинные слои) — 25, 33  
Гомосексуальность— 163—174  
Грудное вскармливание — 20, 63, 73, 141, 144, 182, 184  
Депрессия-71, 88, 177  
Диагностические категории — 134-135, 149, 163, 174, 198-201, 203  
Диссоциальность (диссоциальный) — 34, 61, 67, 111, 112, 120, 135,  
138, 139, 148-150, 153, 157, 159, 160, 163, 195, 203  
Желание смерти, стремление к смерти — 26, 28, 109, 132, 139, 147,  
192  
Зависть к пенису - 31, 32, 167, 173, 178, 180, 192  
Замещение - 89, 107, 157, 196  
Защита (механизмы защиты) - 19, 28, 44-46, 58, 78, 88, 102, 103,  
110, 117, 121, 122, 125, 127, 128, 131, 133, 146, 158, 159, 173, 176,  
178, 181, 184, 190, 191, 193, 196

- Игры (игровые действия) - 31, 40, 58, 77, 82-86, 92, 101, 116, 178  
Идеал - 19, 50  
Избегание - 55, 114, 126, 139  
Извращение (трансвестизм, фетишизм) — 110, 174—176, 187, 195  
Изоляция — 38, 122, 139  
Импотенция — 19  
Импульс (импульсивное поведение) — 25, 92, 94, 96, 120  
Идентификация - 50, 64, 67, 78, 97, 115, 120, 149, 155, 159, 160-163, 167, 170, 172, 178, 180, 192-193, 195, 202  
Инстинкт (инстинктивная энергия)— 32, 44, 62, 67, 95, 105, 121, 126, 140, 142, 147, 152, 154, 157, 158, 160, 165, 174, 176-178, 184, 185, 190, 194, 201  
Интернализация — 19, 52, 67, 78, 115  
Интерпретация — 40  
Интроекция — 115, 155, 156, 161  
Инфантильная зависимость — 52—55, 57, 68, 69, 115, 140  
Инфантильная сексуальность — 17, 21, 24, 35, 64, 160, 164, 174, 180, 184  
Инфантильный (детский) комплекс — 45, 66  
Истерия, истерик- 17, 51, 121, 137, 138, 139, 198  
  
Кастрационный комплекс (страх кастрации) — 18, 24, 26, 30, 64, 80, 96, 100, 115, 121, 126, 137, 147, 170, 171, 173, 176  
Компромиссное образование — 19, 126, 127, 137, 147, 191  
Контрзамещение — 38  
Конфликт (внутренний конфликт)— 21, 22, 33, 45, 50, 51, 53, 62, 64, 75, 76, 102, 109, 115, 117, 118, 122-124, 133, 139, 189, 193, 194, 195, 196, 199  
  
Либи́до, либидные отношения, либидная энергия, либидозное — 17, 20, 38, 41, 46, 47, 50, 59, 62, 67, 71, 90, 96, 101, 130, 143, 157, 161, 172, 175, 178, 180-182, 185, 202, 203  
Ло́жь- 109-111, 132, 177  
  
Мастурбация - 19-21, 30, 63, 96, 143, 164, 171, 175, 178, 184, 192, 193, 196  
  
Наблюдение (непосредственное наблюдение) — 23, 24, 30, 33—35  
Навязчивое состояние, действие — 30, 38, 44, 55, 137, 144, 192, 196  
Навязчивый характер — 29, 137, 146  
Нарушение сна — 143—144  
Нарциссизм (нарциссический) — 48, 54, 64, 69, 73, 80, 81, 95, 168, 169, 172, 175, 183, 195  
Невроз (невротик), инфантильный, навязчивый — 17, 18, 21, 22, 44-47, 51, 52, 55, 56, 59, 61, 105, 114, 117, 118, 121, 122, 126, 132, 136-140, 142, 147, 148, 159, 163, 167, 176, 186, 187, 191-193, 195, 197, 198, 199, 200

Объект (любви), выбор объекта — 37, 38, 41, 47, 51, 54, 55, 81, 82, 91, 95, 96, 108, 111, 120, 151, 164-168, 172, 173, 180-182, 197-202

Объектные отношения — 18, 45, 47-50, 64, 69, 76, 89, 95, 96, 112, 116, 118, 126, 130, 143, 159, 165, 167, 182, 185, 200

"Оно" (инстинктивные производные, "оно"-производные, "оно"-содержание) - 19, 28, 30, 32, 37, 38, 41-44, 50, 59, 62, 64, 76, 78, 87, 92-94, 115, 117, 119, 120, 122-125, 143, 152, 156, 182, 188, 189, 195, 197, 199

Опорный тип (любовь по опорному типу) — 48, 64, 69, 151, 172, 181, 200

Отвод - 38, 97, 107, 175, 190

Пагубная страсть (пристрастие) — 51, 75, 177, 187

Пассивность (не мужественность) — 30, 121, 122, 172-173, 176, 177, 180, 194

Патология - 105, 114, 115, 117, 134, 136, 145-147, 150, 169, 182, 193, 198, 203

Перенос (отрицательный и положительный, либидозный и агрессивный) - 17, 27, 36-38, 40-42, 45-51, 53, 55, 58, 165, 192, 194, 196, 198-200

Переходный объект — 82, 142, 143, 182-183

Персонификация — 37

Побуждение (овладение побуждениями) — 26, 28, 31, 36, 43, 68, 69, 73, 93, 117, 123, 181

Поверхность сознания — 25

Пограничное состояние (поведение) — 51, 118-120, 135, 186, 199, 200, 203

Половой акт, половые отношения — 19, 21, 64, 118, 169, 174, 175

Прегенитальные сексуальность, стремления, импульсы — 19, 21, 41, 48, 49, 64, 70, 118, 119, 121, 147, 157, 165, 190

Прием пищи (кормление, привычки, связанные с питанием) — 20, 29, 31, 55, 73-75, 104, 144-145

Принцип реальности — 85, 93, 102, 119, 153-155

Принцип удовольствия — 34, 85, 93, 111, 151 — 153

Приучение к опрятности (воспитание опрятности) — 63, 74, 76-78, 98, 141, 147

Проекция - 29, 38, 58, 102, 125, 138, 146, 158, 193

Процессы мышления (первичные и вторичные) — 34, 42, 43, 51, 64, 92, 94, 98-100, 110, 117, 124, 154, 155

Психика (психическая жизнь) — 35, 37, 67

Психическая инстанция (часть личности), психический аппарат — 22, 37, 47, 50, 51, 59, 60, 64, 94, 120, 123, 127, 153, 154, 189, 202

Психическое (внутреннее) равновесие — 37, 57, 105, 106, 125, 158, 190

Психоанализ (анализ) - 17, 23, 35, 46, 128, 136, 164, 180, 188, 190, 196, 198, 199, 201, 204

- психоанализ взрослых — 22, 36, 37, 42, 49, 53—55, 88, 106, 181, 183, 187, 189
- детский психоанализ — 22, 36, 37, 42, 49, 54, 55, 58, 59, 61, 68, 106, 184, 186-187, 191, 195, 197
- психоаналитическая (аналитическая) терапия (лечение) — 17, 22, 23, 36, 109, 124, 129, 165, 186-190, 194, 202, 203
- психоаналитическая (аналитическая) техника — 17, 22, 35, 39, 45, 53, 55, 106, 199
- психоаналитическая педагогика (теория воспитания) — 18, 20, 21
- психоаналитическое исследование — 17, 18
- Психоз - 55, 61, 114, 132, 135, 140, 176, 186, 187
- Психология (глубинная психология, метапсихология, традиционная психология) - 23, 33, 67, 94, 107, 128-135
- Психопатология детства — 17, 106, 109, 139, 189
- Развитие - 23, 38, 39, 42, 43, 49, 63, 64, 106, 117, 127, 149, 158, 186, 200
- нормальное развитие — 60-62, 87, 93, 95, 106, 115, 116, 159, 166, 172-174, 182
- линии развития - 15, 67, 71, 72, 76, 79, 81, 86-90, 94, 104, 106, 117-119, 126, 150
- дефект (нарушение, повреждение, задержка) развития — 103, 113, 114, 116, 121, 122, 135, 140-148, 159, 186, 190, 197
- Разлука с матерью (страх разлуки) — 35, 62, 69, 70, 71, 75, 90, 91, 101, 107, 108, 115, 120, 161, 203
- Расщепление — 38, 192
- Реактивное образование - 28, 30, 74, 78, 102, 118, 122, 138, 157, 158, 173, 181 i
- Регрессия - 29, 48, 53, 72, 93-104, 106, 116, 117, 119, 127, 128, 132, 133, 137, 147, 155, 159, 168, 170, 175, 185, 191, 196, 202
- Реконструкция — 17, 18, 81, 168, 170
- Реконструкция (реконструированные данные) — 17, 18, 22, 23
- "Сверх-я" ("сверх-я"-образования)— 20, 21, 33, 34, 39, 40, 43, 44, 50, 54, 59, 62, 67, 76, 84, 94, 97, 103, 105, 112, 117, 120, 122, 123, 126, 131, 150, 156, 159, 161, 163, 176, 188, 189, 192, 194, 202
- Симбиоз с матерью - 48, 54, 69, 81, 200, 203
- Симптом, симптоматика, симптомообразование — 19, 38, 55, 58, 61, 66, 107, 108, ПО, 113-117, 119, 121, 126-128, 133, 137-139, 143, 145, 147, 148, 152, 175, 180, 181, 191, 202
- Синтетическая функция — 34, 37, 38, 98, 102, 124, 154-155
- Склад личности — 19
- Сновидения — 26, 27, 40, 153
- Совращение, совратитель — 18, 41, 50, 171, 176
- Созревание — 17, 62, 117, 128
- Сопrotивление - 17, 27, 36, 39, 43-45, 49, 55, 58, 192, 194, 196, 100
- Страх - 19, 21, 28, 43, 49, 52, 55, 64, 71, 108, 113-115, 122-124, 126-128, 134, 137, 145-146, 180, 190, 191, 196, 201
- Сублимация - 29, 31, 72, 125, 126, 134, 148, 157, 158

Типы характеров (оральный, анальный, уретральный) — 29  
Толкование - 17, 26, 27, 33, 36, 41-43, 46, 50, 108, 194, 196, 197, 199, 200

Фазы (стадии, ступени, периоды) развития — 67, 70, 90-93, 113, 139, 144, 160, 172

— оральная - 17, 29, 31, 48, 77, 96, 112, 169, 172-173, 177

— анальная (анально-садистическая), — 17, 20, 48, 69, 71, 77, 83, 96, 112, 118, 121, 146, 169, 175, 183

— фаллическая (эдипальная)- 17, 30, 45, 49, 52, 69, 72, 74, 78, 83, 96, 109, 115, 118, 121, 137, 140, 147, 156, 161, 166, 167, 169, 170, 171, 175, 176, 191, 193

— латентная - 27, 45, 70, 74, 86, 105, 144, 167, 192, 193<sup>\*</sup>

— предпубертатная — 70, 72, 147—148, 168

— пубертатная - 24, 44, 45, 70, 76, 105, 118, 147-148, 168, 171, 174, 175, 185, 193

Фантазия - 26, 37, 41, 44, 51, 55, 58, 64, 68, 92, 94, 99, 108, 116, 119-121, 132, 137, 145, 153, 157, 171, 194, 199, 200

— героические "спасательные" фантазии — 27

— "семейный роман" — 27, 70, 72

— "фантазии беременности" — 145

— "фантазии близнецов" — 27, 70

— "фантазии избиения" — 27

— "фантазии наяву" (дневные фантазии) — 27, 39, 85

Фиксация (точка фиксации) - 29, 30, 94, 95, 117, 120, 128, 132, 137, 166, 172, 180

Фобия - 55, 108, 109, 114, 121, 126, 127, 137-139, 146, 192, 193, 196

Фрейд Зигмунд - 24, 29, 43, 49, 52, 59, 94, 97, 105, 117, 164, 165, 198

Фригидность — 19

Церемонии (ритуалы) засыпания — 55, 121, 137—139, 146

Чувство вины - 19, 21, 43, 80, 115, 123, 126, 156, 178, 192-194

Шизофрения (шизоидные симптомы) — 51, 139, 168, 186

Эдипов комплекс (позитивный, негативный) — 18, 24, 25—27, 49, 52, 70, 72, 126, 166, 170, 173

Экстериоризация (экстериоризирование) — 37, 50, 203

"Я", "я"-аппарат, "я"-функция - 18-21, 28, 32-34, 36-40, 42-44, 49-51, 55, 59, 62, 64, 65, 67, 72, 74, 76, 77, 80, 83, 87, 92, 94, 97-103, 105, 110-112, 114, 117, 119-123, 125, 126, 131, 140, 142, 143, 146, 150, 152, 154-157, 159, 160, 176, 182, 188-195, 197, 200-203

# ОГЛАВЛЕНИЕ

*АННА ФРЕЙД. Биографический очерк.* . . . . . 5

## **ГЛАВА 1.**

**ДЕТСТВО С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПСИХОАНАЛИЗА** . . . . . 17

РЕКОНСТРУКЦИИ ИЗ АНАЛИЗА ВЗРОСЛЫХ

И ИХ ПРИМЕНЕНИЕ . . . . . 17

ПЕРВЫЕ ШАГИ ДЕТСКОГО ПСИХОАНАЛИЗА . . . . . 22

НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕБЕНКОМ

НА СЛУЖБЕ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ

ДЕТСКОЙ ПСИХОЛОГИИ. . . . . 24

Сосредоточение детского психоанализа

на глубинных процессах . . . . . 25

Производные бессознательного как материал наблюдений . . . 26

Защитные механизмы "я" как материал наблюдения . . . . . 28

Особенности поведения детей как материал наблюдения . . . . 30

"Я" в непосредственном наблюдении. . . . . 33

## **ГЛАВА 2.**

**ВЗАИМООТНОШЕНИЕ АНАЛИЗА ВЗРОСЛЫХ**

**И ДЕТСКОГО АНАЛИЗА** . . . . . 36

ПРИНЦИПЫ АНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ. . . . . 36

ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОРГАНИЗМЕ . . . . . 37

ТЕХНИКА ДЕТСКОГО АНАЛИЗА . . . . . 39

Отсутствие свободных ассоциаций. . . . . 39

Толкование и вербализация . . . . . 42

Соппротивление. . . . . 43

Перенос. . . . . 46

*Детский аналитик — "новый объект"*

*для своего пациента.* . . . . 47

*Детский аналитик как объект*

*либидозного и агрессивного переносов.* . . . . 48

*Детский аналитик как объект экстерииоризации.* . . . . 50

**ИНФАНТИЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И ЕЕ РОЛЬ**

**В ДЕТСКОМ И ВЗРОСЛОМ АНАЛИЗЕ** . . . . . 52

Инфантильная зависимость в анализе взрослых . . . . . 53

Инфантильная зависимость в детском анализе. . . . . 54

Инфантильная зависимость в аналитической

литературе послевоенных лет. . . . . 57

Равновесие между внутренним и внешним миром

в свете детского и взрослого анализа . . . . . 57

### **ГЛАВА 3.**

## **НОРМАЛЬНОЕ ДЕТСКОЕ РАЗВИТИЕ (СПОСОБЫ И ОЦЕНКИ) 61**

### **I. РАННЕЕ ДИАГНОСТИРОВАНИЕ ПАТОГЕННЫХ**

<b>ВЛИЯНИЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА</b> . . . . .	61
Перевод внешних событий на язык психического опыта . . . . .	62
Четыре области различий между детьми и взрослыми . . . . .	64
<b>II. КОНЦЕПЦИЯ ЛИНИЙ РАЗВИТИЯ</b> . . . . .	67
Прототип линии развития: от инфантильной зависимости к эмоциональной самостоятельности и объектным отношениям . . . . .	69
Другие линии развития телесной самостоятельности . . . . .	72
<i>От грудного вскармливания ребенка     к рационированному питанию</i> . . . . .	73
<i>От произвольного пачканья пеленок     к опрятности и пользованию горшком</i> . . . . .	76
<i>От безответственности к ответственности за свое тело</i> . . . . .	79
Еще два примера линий развития . . . . .	81
<i>От эгоцентризма к дружбе и участию в сообществе людей</i> . . . . .	81
<i>От аутоэротики к игрушке и от игры к работе</i> . . . . .	82
Соотношение между линиями развития . . . . .	86
Практический пример: поступление в детский сад . . . . .	90
<i>Минимальный уровень на линии     "от инфантильной зависимости     к эмоциональной самостоятельности"</i> . . . . .	90
<i>Минимальный уровень на линии     "к физической самостоятельности"</i> . . . . .	91
<i>Минимальный уровень на линии "от эгоцентризма     к дружбе и участию в человеческом сообществе"</i> . . . . .	91
<i>Минимальный уровень на линии     "от аутоэротики к игрушке и от игры к работе"</i> . . . . .	92
<i>Поведение в детском саду. Отношения     между внутренними инстанциями</i> . . . . .	92
<b>III. РЕГРЕССИЯ КАК ПРИНЦИП</b>	
<b>НОРМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ</b> . . . . .	93
Три формы регрессии . . . . .	94
Регрессии в развитии инстинктов и либидо . . . . .	95
Регрессии в развитии "я" . . . . .	97
<i>Нормальные (временные) регрессии в развитии "я"</i> . . . . .	97
<i>Функциональные регрессии в сознательной жизни ребенка</i> . . . . .	99
<i>Другие регрессии "я" под давлением стресса</i> . . . . .	101
<i>Регрессии "я" как результат защитной деятельности</i> . . . . .	102
Инстинктивные и "я"-регрессии. Их временная продолжительность . . . . .	103
Регрессии и линии развития . . . . .	104

## ГЛАВА 4.

<i>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ. ЧАСТЬ 1. ОБЩИЕ ПРАВИЛА</i>	105
ОБЩИЕ СООБРАЖЕНИЯ.	105
ОПИСАТЕЛЬНАЯ И МЕТАПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА ОЦЕНКИ.	107
РАЗЛИЧИЕ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ.	109
Ложь.	110
Воровство.	111
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.	113
ПРОЦЕССЫ РАЗВИТИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ.	116
Рассогласования между развитием "оно" и "я".	117
Рассогласования между линиями развития.	118
Патогенные регрессии.	119
ТИПИЗАЦИЯ КОНФЛИКТОВ И СТРАХА ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА.	122
ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА.	124
Преодоление неудовольствия и способность к сублимации	125
Преодоление страха.	126
Регрессивные тенденции против прогрессивных	127
МЕТАПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАЗВИТИЯ.	128

## ГЛАВА 5.

<i>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ. ЧАСТЬ 2. ИНФАНТИЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ПСИХОПАТОЛОГИИ ВЗРОСЛЫХ</i>	136
ИНФАНТИЛЬНЫЕ НЕВРОЗЫ.	136
НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ.	140
Внешние трудности.	141
Внутренние трудности.	142
<i>Нарушения сна.</i>	143
<i>Нарушения приема пищи.</i>	144
<i>Архаические страхи.</i>	145
<i>Нарушения в поведении у маленьких детей.</i>	146
<i>Кратковременная фаза навязчивости.</i>	146
<i>Нарушения в фаллической фазе,     предпубертатности и пубертатности.</i>	147
ДИССОЦИАЛЬНОСТЬ, АНТИОБЩЕСТВЕННЫЕ ПОСТУПКИ И ПРАВОНАРУШЕНИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КАТЕГОРИИ ДЕТСКОГО ПСИХОАНАЛИЗА.	149
Социальное приспособление и календарный возраст. Юридическая и психологическая точки зрения	149
Новорожденный как "сам себе закон".	151

Заботливая мать как первая законодательница . . . . .	151
Внешние ограничения распространяются на инстинкты . . . . .	152
Осознание внешних ограничений. . . . .	152
<i>Принципы функционирования психики</i>	
<i>и их влияние на социализацию индивида.</i> . . . . .	153
<i>Развитие функций "я" как условие социализации.</i> . . . . .	<b>154</b>
<i>Механизмы "я" и их роль в социализации.</i> . . . . .	155
<i>"Оно" как препятствие социализации.</i> . . . . .	156
Неудачи социализации. . . . .	159
От стандартов семьи к стандартам общества. . . . .	161
<b>ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТЬ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ</b>	
<b>КАТЕГОРИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ.</b> . . . . .	163
Выбор объекта в зависимости от возрастных ступеней. . . . .	164
Реконструкции и прогнозы в области гомосексуальности . . . . .	168
Нормальное развитие как способствующий	
или сдерживающий фактор гомосексуальности. . . . .	172
<b>ДРУГИЕ ИЗВРАЩЕНИЯ И ПАГУБНЫЕ ПРИСТРАСТΙΑ</b>	
<b>КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КАТЕГОРИИ</b>	
<b>ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ РЕБЕНКА.</b> . . . . .	174
Пагубные пристрастия. . . . .	177
Трансвестизм. . . . .	178
Фетишизм. . . . .	181
Прогноз развития инфантильных извращений. . . . .	185
<b>ГЛАВА 6.</b>	
<b>ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ.</b> . . . . .	186
<b>КЛАССИЧЕСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ ВЗРОСЛЫХ.</b>	
<b>ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ.</b> . . . . .	187
<b>ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ:</b>	
<b>ОБОСНОВАНИЕ.</b> . . . . .	189
Психический конфликт в детском анализе. . . . .	189
<i>"Нормальные" конфликты в детстве и психоанализ.</i> . . . . .	189
<i>Нарушения развития и психоанализ.</i> . . . . .	190
<i>Инфантильные неврозы как собственная</i>	
<i>сфера приложения детского анализа.</i> . . . . .	191
<i>Различные виды инфантильных неврозов.</i> . . . . .	<b>195</b>
Лечение прочих нарушений. . . . .	197
<i>Терапевтические элементы психоанализа.</i> . . . . .	197
<i>Выбор терапевтических элементов на основе</i>	
<i>диагностических категорий.</i> . . . . .	198
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.</b> . . . . .	202
<b>ИСТОЧНИКИ И ЛИТЕРАТУРА.</b> . . . . .	205
<b>ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.</b> . . . . .	215

Анна Фрейд

# ПСИХОПАТОЛОГИИ ДЕТСТВА

Редактор

*В. А. Дементьев*

Корректоры

*А. И. Иванова, В. И. Брускова*

Компьютерная верстка

*С. А. Карпунин*

ISBN 5-8188-0026-1

ЛР № 065828 от 20.04.98 г.

Подписано в печать 03.10.2000 г.

Гарнитура Тайме. Формат 84x108/32

Усл. печ. л. 11,76. Тираж 3000 экз.

Заказ № 6659

Издательский дом NOTA BENE  
Москва, Спартаковская пл. 14, стр. 1.

