

АНАЛИЗ СИМБИОТИЧЕСКОЙ ПРИВЯЗАННОСТИ У РЕБЕНКА С ТОТАЛЬНЫМ МУТИЗМОМ

М.К. БАРДЫШЕВСКАЯ,
Е.А. ЦУКАНОВА*

Статья посвящена рассмотрению единичного редкого случая патологического симбиоза матери и девятилетней дочери, следствием которого стал тотальный мутизм у ребенка. Авторы представляют лонгитюдное исследование, проведенное методом включенного этнологического наблюдения за взаимодействием в диаде как в процессе психотерапии, так и в естественной домашней среде. Подробно рассматривается семейная история и феноменология нарушений, а также проводится уровеньный анализ патологического взаимодействия в диаде с использованием элементов психоаналитической интерпретации.

Введение

Наша пациентка, девочка девяти с половиной лет, страдает хроническим психозом эндогенной природы. Основными патологическими проявлениями к моменту обращения матери за психотерапевтической помощью являлись: 1) аутизм, 2) тотальное отсутствие речи – мутизм, а также 3) массивные нарушения произвольного поведения, в том числе навыков самообслуживания.

Психическое состояние матери также представляется грубо нарушенным. Ярче всего эти нарушения проявляются в извращенных формах ее заботы о дочери, где патология достигает психотического уровня. Вместе с тем, мать сохраняет поверхностную, хотя и неустойчивую адапта-

* *Бардышевская Марина Константиновна* – канд. психол. наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. Ломоносова, психотерапевт; *Цуканова Екатерина Анатольевна* – выпускница кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. Ломоносова, психолог Детской психиатрической больницы № 6.

цию в областях, не связанных с эмоциональной коммуникацией, что позволяет расценивать ее нарушения как пограничные.

Одна из задач нашего исследования – попытка рассмотреть структуру и динамику хронического патологического симбиоза матери и дочери с точки зрения уровневой модели эмоциональной регуляции (Бардышевская, Лебединский, 2003). Предполагается, что в данном случае практически вся эмоциональная среда, реальная и символическая, с ее нагрузками и привлекательными стимулами, а также репертуар эмоциональных состояний и соответствующих им поведенческих паттернов строго заданы и жестко контролируются двумя членами диады, активность которых направлена, главным образом, на поддержание некоего *status quo*¹. Особое внимание уделялось нами способам модуляции, изменения кризисных (маниакальных, депрессивных) состояний, которыми пользовался каждый из партнеров по отношению к другому.

Отдельным вопросом исследования был вопрос о соотношении аутистических и симбиотических состояний у девочки. Важно было понять, насколько механизмы сохранения симбиоза, препятствующие психическому развитию ребенка, способствуют возникновению и фиксации аутистических состояний, за счет того, например, что они дают ребенку иллюзию выхода из симбиоза.

Конституциональные особенности ребенка, который не может самостоятельно поддерживать свое эмоциональное и психофизиологическое равновесие соответствующими его возрасту средствами, и особенности материнского поведения мамы пациентки, разрушающие «на корню» механизмы саморегуляции ребенка, будут обсуждаться специально.

В попытке ответить на эти вопросы настоящее исследование продолжает линию клинического изучения случаев эмоционально-личностного развития детей с тяжелыми психическими расстройствами неясной этиологии, проходящих интенсивную психотерапию (Klein, 1952; Winnicott, 1958; Mahler, 1968; Tustin, 1990; Беттельхейм, 2004).

В статье проанализирован материал лонгитюдного наблюдения за взаимодействием матери и ребенка в разных условиях в период с ноября 2004 по апрель 2006 года. Все это время с девочкой проводилась регулярная психотерапия, в течение первых трех месяцев – два раза в неделю, а затем – три раза в неделю (психотерапевт. – М.К.Бардышевская), осно-

¹ Особое значение тенденции к поддержке равновесия и сопротивлению любым изменениям в диаде или семье, под углом зрения возникновения и закрепления психических заболеваний идентифицированных пациентов, подчеркивалось исследователями семейных систем, вовлеченных в патологическое взаимодействие (Палаццолли и др., 2002; Вацлавик и др., 2000).

ванная на синтезе этологического и психоаналитического подходов, а также психотерапевтическое консультирование матери, сначала в присутствии ребенка, а затем и индивидуальное (раз в неделю).

Основные феномены патологического взаимодействия матери и дочери были очевидными уже в самом начале психотерапии, при наблюдении психотерапевта за их контактом в домашних условиях, а также во время прихода и ухода диады в рамках психотерапевтических занятий. Следует отметить, что периоды присутствия матери в течение психотерапевтического часа были весьма значительными. Ввиду тяжести симбиоза физическое разделение матери и дочери нередко оказывалось невозможным, и временами она оставалась на все занятие. Идея проведения регулярных наблюдений в домашней обстановке психологически подготовленным наблюдателем (Е.А.Цукановой) основывалась на предыдущем опыте наблюдений за развитием детей с аутистическими чертами методом, в котором были интегрированы психоаналитическое наблюдение по методу Е.Бик (*Bick, 1964*) и этологическое наблюдение (*Bardyshevsky, 1997; Бардышевская, Лебединский, 2003*). Наблюдения в естественной среде проводились в среднем три раза в месяц в течение часа. По каждому наблюдению создавались подробные протоколы на основании звуковой записи, использование которой было разрешено матерью. Протоколы обсуждались с психотерапевтом. Организованное подобным образом наблюдение позволяло оценить результаты психотерапии и возможности переноса новых способов общения ребенка в область коммуникации с матерью.

Кроме наблюдений за взаимодействием ребенка и матери во время психотерапевтических занятий и в домашних условиях, принимались во внимание данные наблюдений других специалистов. Следует отметить, что весь коллектив, работающий с диадой (детский психиатр, педиатр, логопед, няня, наблюдатель), был подобран психотерапевтом по просьбе матери, что дало возможность действовать согласованно и свободно обсуждать результаты совместной работы.

Кроме того, были собраны данные для воссоздания достаточно целостной истории семьи. Эта процедура оказалась довольно трудоемкой, потребовала нескольких встреч с матерью и усилий исследователей по интеграции и уточнению полученных данных с помощью продублированного несколько раз полуструктурированного интервью. В беседе мать давала крайне фрагментарные сведения, часто соскальзывала на побочные детали, не могла выстроить воспоминания во временную последовательность, многие высказывания оставались неопределенными из-за чрезмерной метафоричности языка матери, а также из-за их фантастического содержания. При изло-

жении случая мы цитируем некоторые выражения матери (в кавычках), для того чтобы у читателя сложилось представление об особенностях ее коммуникации с психотерапевтом и наблюдателем.

Для получения формализованных данных о психическом статусе матери предпринимались попытки использования тестовых методик. Однако они порождали у нее сильные страх, сопротивление и отказ.

В изложении материала мы постарались отделить, где это возможно, описание истории развития и материалы наблюдений от их интерпретации и наших предположений.

История развития семьи

В детстве мать, назовем ее Раиса², воспитывалась бабушкой и дедушкой по материнской линии, так как ее собственная мать была целиком поглощена своей личной жизнью. Будучи подростком, Рая была вынуждена ухаживать за сводной сестрой (у матери был повторный брак) – фактически как за собственной дочерью, поскольку девочка была значительно младше нее. В настоящее время отношения Раисы с матерью – конфликтные, с сохраняющейся реверсией ролей: от нее до сих пор ожидают родительского обращения с младшей сестрой, предпочитающей жить автономно.

Первое замужество Раи было неудачным, она не могла забеременеть и развелась после измены мужа.

Второй брак, в котором родилась наша пациентка, был омрачен необходимостью проживания с бабушкой, страдавшей старческим психозом. Мать нашей маленькой пациентки считала своим долгом ухаживать за больной бабушкой, так как та воспитывала ее в детстве. Описание поведения бабушки во время болезни напоминает поведение нашей пациентки в периоды ухудшения состояния. Бабушка обнажалась без чувства стыда, ела крошки с пола, украшала книжные полки фотографиями гробовых плит своих родственников, была враждебной и крайне капризной.

Для отца девочки этот брак также повторный. От первого брака у него есть взрослая дочь, психически здоровая и хорошо образованная.

Внешнее сходство сестер делает еще более травмирующим для родителей переживание тяжелой психической болезни младшей девочки. Кроме того, одинаковая разница в возрасте между Раисой и ее сводной сестрой, и между нашей пациенткой и ее сводной сестрой, позволяет предположить, что мать может проецировать чувства, в том числе деструктивные, первично направленные на свою младшую сестру как на «свою дочь», так и на дочь мужа от первого брака.

² Имена матери и дочери вымышлены.

Во втором браке после периода бесплодия и первого выкидыша родилась наша пациентка, которую назвали Светланой. Родителям было несколько меньше сорока. Беременность протекала с угрозой выкидыша на всем ее протяжении на фоне постоянных конфликтов матери с ее больной бабушкой. Кроме того, на седьмом месяце беременности мать попала в автомобильную аварию, после чего, по ее словам, ребенок «встал в родовых путях». Мать отмечает, что, несмотря на происшествие, не испытывала в это время никакого дискомфорта, свободно «бегала и прыгала». Роды наступили в срок, однако прошли с применением кесарева сечения. Ребенка принесли матери на второй день, грудь девочка взяла хорошо. По словам Раи, малышка «очень хорошо спала, не плакала и была всем довольна». Перинатальной патологии выявлено не было.

Кормление грудью осуществлялось до 5 месяцев, но так как молока было недостаточно, девочка с самого рождения была на «прикормке». Кормление грудью вызывало у матери «восторг чувств», никаких неприятных ощущений не было. В перерывах между кормлениями мать носила ребенка в подоле длинной юбки.

Таким образом, Раиса постоянно (благодаря юбке) поддерживала интенсивный телесный контакт с дочкой. Однако об эмоциональной стороне этого контакта она не могла дать словесного отчета.

После родов Рая поправилась почти вдвое.

Такая полнота может указывать на бессознательное желание матери сохранить, хотя бы на уровне иллюзии, психофизиологическое единство с ребенком и после родов.

У маленькой Светы, со слов матери, отсутствовали гуление и лепет, что, однако, ни у кого из домашних не вызывало беспокойства. В семь месяцев появились первые слова, из которых девочка составляла простые фразы («папа – зая», «мяса - нельзя», «мама, дай»). Указательного жеста у девочки никогда не было, в чем мать не видела отклонения от нормы. Рая утверждает, что не любит, «когда дети “тыкают” пальцами», тем самым отрицая значимость симптома.

В целом, для Раисы характерна своего рода нечувствительность к нарушениям нормальной последовательности развития своего ребенка. Мать руководствуется крайне неустойчивым субъективным внутренним критерием психофизиологического благополучия дочери. Возможно, это носит защитный характер.

С момента рождения девочки Рая испытывала сильное беспокойство, понравится ли она своей дочке (которое сохраняется до сих пор), не знала, как с ней лучше обращаться. Первый серьезный кризис в состоянии ребенка мать относит к возрасту восьми месяцев. У малышки произошел

приступ удушья, который мать определила как приступ ложного крупа. Девочку отвезли в больницу, куда мать не пускали в течение недели. Отец в это время был в командировке, и лишь после его возвращения им удалось «выкупить» дочь из больницы.

Раиса придает большое эмоциональное значение этой первой неожиданной разлуке, к которой, слитая с ней в предположительно нормальном возрастном симбиозе, девочка была не готова. Мать говорит об этом эпизоде как о травме для себя и, возможно, для младенца, однако не может построить каких-либо причинно-следственных связей с дальнейшим развитием дочери. После случая с больницей практически ничего в состоянии ребенка ее не беспокоило, вернее, Рая не может припомнить каких-то деталей развития дочери на втором году жизни.

Если принять во внимание, что в этот период девочка овладевала моторными навыками и самообслуживанием, то затруднения припоминания физического отделения дочери предположительно можно объяснить болезненностью таких воспоминаний для матери. Этот период для диады мог быть насыщен депрессивными переживаниями.

Раиса отрицала проблему отсутствия у девочки речи, вернее, регресс речи, учитывая чрезмерно раннее ее появление на первом году жизни. По инициативе бабушки, мать, когда ребенку было 2 года 4 месяца, обратилась в речевой центр, к частному логопеду, однако занятия не привели к продвижению в речевом развитии. Поведение девочки становилось неуправляемым. Дочь, по словам матери, «сорвалась, прекратила слушать книжки», на занятия реагировала резким протестом.

Когда Светлане было около 3,5 лет, ее отдали в дневной стационар в детскую психиатрическую больницу, где девочка проводила несколько утренних часов в течение нескольких месяцев. Там состояние ребенка было диагностировано как синдром Каннера.

Резкое ухудшение состояния дочери в этот период Раиса связывает с пребыванием ее в дневном стационаре. Однако, учитывая спутанность рассказа матери, можно допустить, что ухудшение просто предшествовало или совпало во времени с этим событием. Состояние ребенка в дневном стационаре мать описывает как крайне возбужденное, девочка, по ее словам, «прыгала по столам». Речь так и не появилась. Более того, девочка за короткий срок лишилась всех своих достижений на поведенческом уровне – утратила навыки самообслуживания (не могла больше есть ложкой, стала неопрятной), забыла о способности регулировать свои выделительные функции («из нее выливалось все прямо на улице»), потеряла двигательные навыки (перестала играть в мяч, танцевать, ездить на велосипеде). В это же время появились и закрепились основные формы сте-

реотипной патологической активности (трясение тряпки, раскладывание журналов, возбужденные прыжки)³.

Впоследствии диагнозы, которые ставили ребенку, варьировали от классического синдрома Каннера до симбиотического психоза и наличия мозговой опухоли. После неудачных попыток медикаментозного лечения и поведенческой психотерапии прогнозы были неутешительными.

Взаимные портреты

Во время первого обращения матери к психотерапевту (по телефону) она довольно подробно описывала патологическое поведение девочки, но не формулировала его в виде жалоб; скорее, это было описание своеобразной игры девочки, в которую она не пускала мать. Рая говорила об интеллектуальных достижениях девочки, ее интересах.

Во время первой диагностической встречи психотерапевта с семьей в домашних условиях девочка произвела впечатление физически здорового ребенка. Она хорошо сложена, высокого роста, красива, взгляд ее довольно пронизателен, хотя глазной контакт неустойчив и используется, скорее, для оценки другого человека, чем для общения. У Светы длинные волосы; как выяснилось позже, запрет на стрижку исходил от отца, который много фотографировал дочь.

Игра с платком или полотенцем перед зеркалом, сопровождаемая прыжками на родительской кровати, смехом и любованием собой, была похожа на игру нормального ребенка двух-трех лет. Однако было неясно, наслаждается ли девочка своей автономией или, напротив, пребывает в состоянии эйфории и маниакального возбуждения от полной идентификации и психологического слияния с матерью (поскольку прыгала на родительской кровати).

Наблюдатель также с самого начала отметила гармонию физического облика ребенка, которая разрушилась, едва девочка оказалась в тени матери. В то время как мать энергично передвигалась и активно говорила, постоянно удерживая ребенка в поле своего внимания и контроля (держала и тащила за воротник, тискала и обнимала, говорила практически только о дочке), поведение девочки становилось «полевым», – она безмолвно закрывалась в себе. Тело ее теряло нормальный психофизиологический тонус, обмякало, девочка то заваливалась на мать, то садилась на пол, передвигалась нелепой, шаркающей походкой, посматривая по сторонам затаившимся, скользким взглядом. Вспышки оживления и пробужде-

³ В 3,5-4 года, по мнению М.Малер, намечается последний рубеж, за которым имеют место либо успешное развитие и отделение от матери, либо дезинтеграция и симбиотический психоз (*Malher, 1968*).

ния активности девочки приходились только на эпизоды стереотипных аутостимуляций.

Создавалось впечатление своеобразного взаимодополняющего расщепления в диаде: там, где матери было «много» (речь, двигательная активность), дочери становилось слишком «мало», вплоть до ее полного психического исчезновения и безмолвия. В то же время была и характерная общая черта в поведении обеих – нецеленаправленность, фрагментарность поведения.

Признаки крайних эмоциональных состояний, депрессивные и маниакальные черты у каждого члена диады, на первый взгляд, были распределены фрагментарно. Так, облик матери расщеплен на маниакальные и депрессивные проявления. Интенсивный темп, оживленный стиль движения и речи, периодический смех и, вместе с тем, тяжелый и беспокойный взгляд, выражающий хроническую боль, обиду и надежду, одновременно сочетаются, но остаются не интегрированными друг с другом.

У девочки состояние меняется молниеносно, полярно, но в минуту доминирования определенного состояния оно более цельное, чем у матери. Так, ее поза может быть глубоко депрессивной, а лицо апатичным, но уже в следующий момент, когда взгляд девочки выхватывает из пространства аутистический объект, она оживляется, устремляется к этому предмету и «общается» с ним, при этом все выразительные средства (поза, мимика, вокализация) связаны передают общее состояние оргастического возбуждения.

Если говорить о другом – депрессивном – полюсе, то девочка скорее, чем мать, способна к полному выражению крайней депрессии, на грани с психической смертью. Мать всегда, даже в минуты субъективно полного отчаяния, более оживлена внешне.

Маниакальное состояние у ребенка может усиливать маниакальное состояние матери либо вызывать у матери негативные стенические эмоции (гнев, отвращение). Депрессию девочки мать либо не замечает (если увлечена диалогом с другим взрослым), либо интерпретирует как тяжелый соматический кризис (спазм, приступ), если это состояние сопровождается психической недоступностью дочери для матери и требует последующего вмешательства.

Анализ взаимной эмоциональной регуляции в диаде

Первый уровень: оценка интенсивности воздействия

Смысл регуляции на этом уровне заключается в создании оптимальной для психической активности эмоциональной нагрузки и ее интенсивности. Показателями «сбоев» в работе этого уровня являются либо пере-

насыщенность, избыточность внешних и внутренних воздействий, которые не могут быть восприняты и усвоены ребенком безопасным образом, и никак не модулируются ни им самим, ни матерью, либо стремление ребенка к получению минимального эмоционального опыта ввиду конституциональной слабости процессов восприятия.

В наблюдаемой диаде матерью и дочерью поддерживается чрезмерно высокий уровень внешней и внутренней стимуляции во всех модальностях. Разрушительный характер чрезмерной внутренней стимуляции, используемой матерью по отношению к дочери, в большинстве случаев ею отрицается.

В репертуаре материнского поведения практически отсутствуют сдержанные, нежные формы телесного контакта с ребенком. На приближение ребенка мать практически никогда не отвечает принимающе и нежно, а либо бездействует, либо использует интенсивный тактильный контакт, часто имеющий характер вторжения во внутреннее пространство девочки, нарушения ее телесных границ.

На психотерапевтическом занятии мать использовала особые формы тактильного контакта, механически-садистического характера, направленные на фиксацию и контроль положения тела девочки. В начале наблюдений мать брала дочь сзади за шею, используя свою руку как крюк для захвата, чтобы поставить ее на ноги. Затем тот же захват она применила по отношению к лицу ребенка, в попытке поймать ее взгляд и добиться контакта с ней, в результате чего в нижней части лица у девочки время от времени возникали симметричные синяки. На попытки вмешательства психотерапевта мать реагировала ссылками на абсолютную нечувствительность девочки к боли, что, возможно, было защитной анестезией со стороны ребенка или мазохистическим подчинением.

В свою очередь, по отношению к матери девочка использует агрессивные, в том числе орально-садистические воздействия, – кусает, бьет мать, и та периодически демонстрирует психотерапевту синяки на руках. Крики матери от боли не тормозят подобного поведения девочки.

По отношению к тактильному контакту с другим взрослым поведение ребенка колеблется от закрытого, отгороженного состояния до влечения, стремления «прилипнуть», вжаться в тело другого человека, находящегося рядом. Это влечение в начале психотерапии было недифференцированным, девочка в метро усаживалась на колени к незнакомому мужчине, демонстрируя признаки недифференцированного симбиоза.

В ходе психотерапии наша пациентка наряду со стремлением потянуть либо толкнуть другого, или взобраться к нему на колени стала использо-

вать вполне нормальные формы установления контакта (например, нежно берет за руку, смотрит в глаза) – со специалистами, но не с матерью.

Мать на уровне фантазий сообщает о гиперсензитивности к собственным телесным ощущениям и предполагаемым телесным ощущениям девочки, возникающим, по мнению матери, по причине чисто соматического неблагополучия, никак не связанного с особенностями взаимодействия внутри диады.

Например, посмотрев на «подозрительно» спокойную дочь, мать может тревожно перебирать причины ее «бледности» («она совсем опухла», «это у нее голова болит, спазмы в голове», «сегодня она опять не в себе»). В данном случае избыточная, искаженная стимуляция создается матерью сначала в символическом плане, а затем реализуется в поведении (мать дает дочери психотропный или обезболивающий препарат).

Мать полностью контролирует выделительные процессы девочки (ставит ежедневно клизмы, промывает нос, вызывает рвоту), регулярно, по несколько раз в сутки, стимулирует все, доступные для вмешательства извне, слизистые ткани девочки, поддерживая аномально высокий уровень постоянного напряжения, складывающегося из сексуальных и болезненных ощущений одновременно. Мать лишает ребенка возможности самостоятельно избавляться от неприятных ощущений через рвоту и выделение, что в норме делает уже новорожденный младенец.

В некоторых случаях мать сама провоцирует энурез, например, организуя долгие прогулки в незнакомые места без возможности пользования туалетом, либо, напротив, внезапно переходя к использованию памперсов в самых обычных домашних условиях.

Мать создает ощущения чрезмерного давления на кожу девочки не только изнутри, но и снаружи, буквально зажимая ее в тесную, не подходящую по размеру одежду и обувь, закутывая ее в одежду, состоящую из нескольких слоев.

В начале психотерапии складывалось впечатление, что ребенок практически не чувствует границ своего тела, теряется в беспорядочных кинестетических и внутренних ощущениях.

В дальнейшем девочка стала активно протестовать против вторжения матери в полости ее тела. Однако мать интерпретировала эти проявления активности дочери как ненависть по отношению к ней и стремилась заглушить сопротивление ребенка усилением своего вторжения.

Одним из способов сопротивления вторжениям матери является попытка девочки самостоятельно создать себе ощущения, еще более сильные, чем стимуляция матери (девочка прыгает голая на снегу, ест специи и кислоту, пачкается выделениями, активно создавая свои соб-

ственные границы снаружи и изнутри). Эти действия крайне раздражают мать, которая пытается нейтрализовать ощущения дочери очищением и укутыванием.

Качество окружающей зрительной и звуковой среды для ребенка также во многом задается матерью. Она проявляет низкую чувствительность к дискомфорту и неудобствам и, возможно, даже ищет их, испытывая своего рода «сенсорную жажду». Мать предпочитает спонтанные формы «социализации» ребенка в жесткой городской среде (предпочитает совершать напряженные и чреватые конфликтами с окружающими поездки на общественном транспорте, гулять с девочкой на рынках и в магазинах).

Зрительное поле дома чрезмерно насыщено разнообразными безделушками, глянцевыми журналами, игрушками, а также предметами интерьера в стиле «кич» и огромным количеством беспорядочно разложенных вещей, одежды, белья, предметов бытовой химии. Девочка, в свою очередь, много времени проводит, рассматривая глянцевые журналы, особенно по садоводству, кулинарии и домашнему интерьеру, фиксирована на перебирании тряпок, потряхивании ими и на их развешивании.

Таким образом, зрительная стимуляция, которой мать обеспечивает дочку, приемлема для девочки. Это область их общего интереса, довольно гармоничная в силу ее удаленности от эмоциональных контактов, сравнительно с явно извращенными взаимодействиями между ними на телесном уровне. Предпочтение, которое ребенок отдает плоскостным изображениям перед трехмерными, можно объяснить их большей безопасностью, условностью, явно неживым характером (*Tustin, 1990*).

Мир звуков для ребенка состоит из речи матери. Помимо аффективного монолога, оформленного как псевдо-диалог с риторическими вопросами, обращенными к ребенку, и бесконечных телефонных разговоров, мать много, часами, читает девочке вслух довольно сложную литературу («Библию», «Остров сокровищ»). Относительно более нейтральной стимуляцией, носящей к тому же развивающий характер, служит популярная, легко узнаваемая классическая музыка, слушание которой девочкой воспринимается матерью как доказательство музыкальной одаренности ее ребенка.

В последнее время часть зрительно-слуховой среды девочки стали составлять несколько детских компьютеров с развивающими программами. Мать помогает дочери пользоваться ими, поддерживая ее руку (интересно, что именно этот технический прием мама называет «холдингом»).

Таким образом, поведение каждого члена диады часто становится друг для друга источником слишком интенсивной и симбиотически искаженной стимуляции.

Девочка реагирует защитой – своеобразной анестезией по отношению к этим воздействиям, если они избыточны и слишком агрессивны, или стремлением создать себе и матери еще более сильную стимуляцию, перекрывающую воздействия со стороны матери.

Интенсивность стимуляции, исходящей от девочки, в отличие от материнской, меняется полярно и непредсказуемо, она резко переходит от безмолвного состояния к крикам и вою, от тихой стереотипной активности к деструктивным вспышкам.

Избегание, как пассивное (негативизм, мутизм, психическая анестезия), так и активное, попытки «выскочить» из ситуации (в буквальном смысле вылезти в окно) или резко перестроить внешнюю и внутреннюю среду (выбросить в окно или испачкать себя и ценные для матери вещи) являются линиями защиты от разрушительного вала материнских стимулов.

Второй уровень: аффективные стереотипы

Смысл регуляции на этом уровне – поддержание психической активности за счет поиска и повторения приятного опыта и эффективных способов избегания неприятного. Сбои возникают, когда отработанные формы активности и взаимодействия нарушаются, становятся непредсказуемыми и хаотичными, или, напротив, оказываются ригидными, существенно ограничивая возможности адаптации ребенка к новым условиям и его психического развития в целом.

На этом уровне первичность патологических материнских воздействий более очевидна, сравнительно с первым.

Все основные ритмические физиологические процессы девочки оказываются в области ведения матери.

Цикл сна и бодрствования грубо нарушен, первично со стороны матери.

Частые бессонные ночи, позднее пробуждение определяют стиль жизни матери. Девочку сложно уложить спать, сама процедура, хотя и превращена в ритуал (мать читает вслух, держа в руках ладонь ребенка для предотвращения мастурбации), неэффективна. Девочка боится темноты и одиночества, встает с постели ночью, приходит к родителям, прыгает у них на кровати.

Процессы выделения и пищевое поведение ребенка практически полностью управляются матерью, и прямо, и путем менее явных манипуляций.

Мать не организует режим принятия пищи. Полноценные обеды заменяются постоянной доступностью быстрой еды (печенье, бутерброды, конфеты). При этом поведение матери непоследовательно: запретив девочке кушать сладости, она косвенным и прямым образом «соблазняет» девочку их взять. Хотя в праздничные дни мать готовит изысканные блю-

да по рецептам, в будни она увлекается растворением и варкой неоформленных ингредиентов (сухих супов, кисельного порошка, замороженных фруктов, супа из отходов для собак). Девочка обычно ест некоторые из этих веществ (специи, порошок для киселя) в сухом виде, до их окончательного приготовления матерью.

Создается впечатление, что девочка избегает есть изготовленные матерью блюда, как будто они могут принести ей вред. На одном из занятий психотерапевт предложила матери и дочери приготовленный ею чай. Мать выразила удивление, что девочка пьет чай с удовольствием и обычным способом, поскольку дома она цедит его, всасывая из чашки по ручке чайной ложки, как будто из трубочки, и не глотает.

Как отмечалось выше, мать ставит девочке ежедневные клизмы (ссылаясь на запор и неспособность ребенка опорожняться самостоятельно), всякий раз сопровождает дочь в туалет, чтобы «прописать» ребенка, часто стремясь при этом сделать свидетелем, соучастником третье лицо (наблюдателя, психотерапевта, отца). В редкие моменты, когда девочке позволяют остаться на горшке одной, туалетная комната, как правило, оказывается испачканной. Эта картина приводит родителей, особенно отца, в бешенство, который реагирует прямой физической агрессией.

Мать рассказывает об эпизодах такой неудачной самостоятельности дочери как о доказательстве необходимости продолжать контроль над процессами выделения девочки.

Внешний облик дочери представляет собой карикатуру на мать и, возможно, ее бабушку. У самой матери доминирует «походный» стиль: грубые боты, джинсы, заношенные куртки, бесформенные пальто. Выбранная матерью одежда для дочери доставляет той дискомфорт (так как оказывается ей не по размеру) и создает определенный чужаковский образ то ли младенца, то ли старухи, укутанной в отрепья.

Потребительское поведение матери, особенно в начале психотерапии, имело характер неудержимого влечения и, по-видимому, было реакцией на кратковременную разлуку с дочерью.

Мать не могла спокойно ждать окончания занятия; вероятно, чувствуя себя пустой, она шла в магазин, где покупала много ненужных и некачественных вещей и продуктов. Постепенно она стала покупать дорогие вещи и показывать их психотерапевту, однако вскоре сообщила, что вещь была безнадежно испорчена ее близкими.

Патологическая фиксация девочки на определенных предметах внешней среды возникает в результате ее карикатурной идентификации с матерью.

Мать фиксирована на процессах по восстановлению гармонии в окружающем пространстве (на уборке, стирке, глажке), однако результаты

этой деятельности часто близки к нулю. Она приносит новые вещи в дом и не может расстаться со старыми. Девочка явно атакует хозяйственную деятельность матери. Она разбрасывает вещи, книги, вываливает из шкафов только что поглаженную одежду и пачкает и портит белье и мебель. Стереотипное навязчивое стремление девочки к книгам, тряпкам, моющим средствам, хозяйственным приборам до карикатуры повторяет интересы матери. Эти предметы являются основными объектами патологического поведения ребенка (неудержимых стереотипий, выхоленной активности, которая заполняет практически всю жизнь девочки). Особый аффективный стереотип, общий для дочери и для матери, – превращение тенденции к действию в не достигающую завершения активность, которая крайне редко бывает продуктивной. Постоянные возвраты, отмена только что поставленного намерения, невероятное растяжение во времени выполнения любой задачи создают довольно тягостную для наблюдателя атмосферу. По-видимому, смысл этого стереотипа – противодействие любым изменениям, сохранение *status quo*.

Поведение девочки также часто не завершено, мало-мальски целенаправленная активность легко сбивается в сторону привычной стереотипии.

Во время прогулки ребенок требует постоянного движения, дома неудержимо перебегает из комнаты в комнату, где по разным углам собраны кучи интересных для нее предметов.

Массивным и устойчивым стереотипом являются особые формы взаимодействия матери и дочери, которые обеспечивают диаду необычным комплексом ощущений.

В том, что касается матери, речь идет о крайне искаженных, интрузивно-первертных и ритуализированных формах телесного обращения с ребенком. Температура тела ребенка измеряется непременно через ушную раковину. Несколько раз в день мать ставит дочери анальным способом анальгиновые свечи с целью снять диагностированный ею самой «болевого спазм». Особенно многочисленны вторжения в ротовую полость ребенка, которые осуществляются под разными предлогами. В период смены молочных зубов коренными, мама мажет мазью «больной зубик» дочери, а иногда и вырывает его. Мать исследует горло девочки с помощью ложки, чтобы проверить, что она съела, когда находилась на кухне одна. Если, по подозрению матери, девочка съела что-то не то, организуется довольно жесткая процедура искусственной рвоты.

Как отмечалось выше, эти манипуляции, являясь гиперстимуляцией особо чувствительных телесных зон, доставляют девочке симбиотически искаженные ощущения напряжения эротического характера. Вероят-

ность сексуального использования тела ребенка матерью усиливается, если принять во внимание тот факт, что с ее стороны сохраняется табу на мастурбацию девочки. Подобное обращение лишает дочь возможности самостоятельно управлять своим телом, регулировать состояния возбуждения, разрядки и получения удовольствия. Вместе с тем, пассивность дочери, ее отстраненность и зависимость могут провоцировать у матери тревогу и гиперопеку во всем, что касается организации целостного психофизического функционирования девочки⁴.

В этих условиях становится более понятной стереотипная патологическая активность нашей пациентки (трясение тряпкой, вычурные экстаичные прыжки на корточках с фиксацией взгляда на хозяйственных предметах). С одной стороны, она служит разрядкой чрезмерно высокого телесного возбуждения, с другой – косвенным выражением стереотипного материнского обращения с телом дочери как с фетишем⁵. Паттерны тактильного контакта, предпочитаемые девочкой, отражая поведение матери, также сводятся к одностороннему инструментальному использованию тела другого человека как механического объекта (паттерны толкания, перетягивания, «залипания», прижимания, исследования рта взрослого изнутри).

Более общей линией нарушений в диаде на данном уровне выступает крайне ограниченная способность к перестройке системы стереотипов в изменяющихся, вопреки всем попыткам матери и дочери сохранить имеющееся положение вещей, условиях. Понимая неизбежность некоторых изменений, мать стремится контролировать их, однако не в состоянии справиться с неожиданными последствиями, которыми они чреваты.

Так, мать сама организует довольно длительные и дальние поездки отца девочки в отпуск, мотивируя это необходимостью дать мужу отдых

⁴ Невозможность управлять собственным телесным функционированием может привести к отказу от активности и психотическому уходу от мира, отчуждению психического, так как опыт ощущения и управления телесными процессами является основой для формирования Эго (*Верморель*, 2005; *Winnicott*, 1965). Опыт переживания ребенком самостоятельного управления разрядкой телесного напряжения способствует выходу из глубокого симбиоза с матерью и стремлению к независимому существованию (*Беттельхейм*, 2004).

⁵ В последнее время в психоаналитической литературе патологические симбиотические отношения связываются с особым отношением к объекту, когда автономность и полнота внутреннего психического содержания другого отрицается, а сам объект привязанности используется для прямых эротических инвестиций. Подобные отношения характеризуется понятиями «инцестуозность» (*Ракамье*, 2005; *Потапова*, 2003) или «инцест, не переходящий в действие» (*Наури*, 2000) и «фетишистское отношение к объекту» (*Кестемберг*, 2005).

от сложного ребенка. Отъезды отца сопровождаются резким нарастанием аффективного напряжения, активизацией описанных выше патологических форм материнского поведения и телесного обращения с ребенком, приобретают характер аффективных и психосоматических катастроф в диаде.

В ответ на перемены в ходе психотерапии (изменения помещения для занятий, отъезды психотерапевта) мать, хотя и реагирует внешней готовностью к любым изменениям, фактически саботирует, под разными предлогами отказываясь от занятий.

Одним из важных достижений психотерапии следует считать готовность матери индивидуально обсуждать психологические проблемы, что предполагает некоторую степень свободы от симбиоза. Однако изменения ее поведения пока затрагивают только те области, которые свободны от непосредственного психосоматического контакта с ребенком. Обсуждая поведение девочки, мать в меньшей мере использует маниакальное защитное поведение. Она уже не стремится убедить психолога в гениальности своего ребенка с тем напором, с каким делала это в начале психотерапии, становится более последовательной и организованной в занятиях. Однако интрузивно-извращенные способы обращения с ребенком практически не меняются.

Патологические формы поведения девочки также сохраняют свою устойчивость, хотя стереотипии и в домашних условиях, и в условиях психотерапевтического занятия, стали более 1) управляемыми, произвольными; 2) символически насыщенными (ребенок слышит интерпретацию и может менять игровой стереотип в соответствии с ней); 3) опосредованными взаимодействиями с матерью (иногда девочка «принимает» мать в свою игру).

Однако новые паттерны игры, общения, которые сопровождаются легким эмоциональным возбуждением и живым детским интересом, остаются в поведении девочки неустойчивыми, быстро рассыпаются под давлением основанной на влечениях и в этом смысле brutальной стереотипной аутистической игры. Эволюция паттернов аутистической игры крайне ограничена (затыкание рта пальцем сменяется поглощением «носика» заварочного чайника). Возможный коммуникативный смысл этой игры состоит в том, что ребенок, контактируя с психотерапевтом посредством глаз, демонстрирует ощущение стабильности и устойчивости, наслаждение состоянием закрытости, исключаящей внешние вторжения.

Иногда возникает впечатление, что мать боится психического развития дочери, особенно развития ее самостоятельного символического мыш-

ления. Всякий раз, когда девочка на психотерапевтическом занятии пытается играть так, как это делал бы нормальный маленький ребенок, например, изображать определенное отношение к мягкой игрушке, наказывать ее или баюкать, мать, узнав у психолога о продвижении, под разными предложениями отменяет следующее занятие.

Девочка реагирует сильным регрессом на прерывание занятий. Когда их регулярность нарушается, то аутистические формы поведения усиливаются.

Попытки психотерапевта в своих интерпретациях затронуть смысл аутистической игры («Ты мне показываешь, что трясти тряпку для тебя важнее контакта со мной») вызывают у девочки реакцию гнева, на пике которого она пытается выключить психотерапевта из воспринимаемой среды (например, накрыть его чем-либо).

Смена комплекса стереотипов может спровоцировать обострение психотической симптоматики в диаде. Так, переезд на дачу, который последовал после изменения порядка психотерапевтических занятий, сопровождается длительным периодом дезадаптации дочери с регрессивной симптоматикой, затяжными аффективными приступами, расстройством психофизиологических процессов (анорексией, нарушениями сна). Возможно, такой регресс связан и с тем, что оба члена диады оказываются в заложниках друг у друга, лишены поддержки отца и специалистов, запертые в пределах дачного участка, что усиливает взаимные психотические страхи (распада, поглощения) в диаде.

Таким образом, на этом уровне патологический симбиоз может быть рассмотрен позитивно: как механизм стабилизации психического состояния на уровне пограничных (у матери) и аутистических (у дочери) расстройств и как механизм сдерживания нарастания острой психотической (у матери и у дочери) и регрессивной (у дочери) симптоматики.

Третий уровень: аффективная экспансия

Смысл этого уровня – в активном самоутверждении, в поиске физических, аффективных, интеллектуальных целей в окружающем внешнем и внутреннем пространстве и получении удовольствия от их достижения. Расстройства регуляции представлены здесь либо в виде чрезмерно слабой психической активности, искажение которой проявляется в нарушениях поведения самосохранения и чрезмерной агрессии при достижении целей, либо в виде нарушения баланса между физической и психической активностью.

Для поведения матери нашей пациентки характерна слабо выраженная целенаправленность, высокая амбивалентность, повышенная отвлекаемость, частые соскальзывания на темы, аффективная значимость которых

может быть весьма низкой. Иначе говоря, ее внутренняя психическая активность при внешней физической гиперактивности – достаточно низка.

Мать идентифицируется с предполагаемыми интеллектуальными интересами нормального ребенка 9 лет, обеспечивает девочку огромным количеством учебных пособий, развивающих программ, задания выполняет вместе с девочкой, держа ее руку в своей. Выделить долю участия дочери в выполнении этих заданий практически невозможно. Однако ребенок подчиняется и сидит рядом с матерью некоторое время, пока та водит ее рукой. Девочка успеху не радуется, мать, однако, всякий раз переживает триумф от достижения элементарной учебной цели.

На первый взгляд, поведение нашей пациентки во внешней среде имеет хаотичный полевой характер. Тем не менее, в присущей ей экспансии можно выделить ряд направлений.

1. Экспансия, связанная с влечениями. Устойчивой целью для девочки может быть поиск предметов, имеющих качество «сверхценных». К этим предметам относится ограниченный круг вещей, так или иначе связанных с матерью (тряпочки, бутылки с чистящими средствами, книги и пр.).

2. Экспансия, связанная с борьбой с матерью. Девочка борется с матерью за овладение пространством и хозяйственными приборами (был период, когда она не подпускала мать к стиральной машине, так что та могла стирать только во время сна дочери).

Девочка атакует только что созданный матерью порядок, оставляет свои следы, часто используя биологические маркеры. Она стремится к устройству собственных уголков и тайников, которые продолжает создавать, наперекор вторжениям матери.

Агрессию, направленную на мать, в том числе на ее рот (девочка прыгает на мать, хватая ее рот, как будто хочет его вырвать), также можно отнести к проявлениям такого рода экспансии.

3. Экспансия символическая, направленная на содержимое контейнеров (девочка стремится открыть коробки, шкапулки, духовку, атакует открывшую пасть игрушечного дракона, агрессивный вид которой не переносит). Это поведение свидетельствует о развивающемся интересе к внутреннему содержанию вещей, несмотря, а, возможно, и благодаря опыту постоянного вторжения в пространство ее собственного тела со стороны матери.

Избыточная речевая активность матери является, на первый взгляд, менее интрузивной, не столь насильственной, как ее поведенческая экспансия. Однако разрушительный потенциал материнской речи состоит в том, что ее непрерывное звучание образует постоянную хроническую нагрузку, не говоря уже о том, что в ней содержится немало собственных аффективных проекций матери.

Действительно, в присутствии мамы, особенно при высокой интенсивности ее речевого потока, девочка как будто «растекается» в пространстве, тело ее становится вялым, она сползает на пол, а затем убегает, как правило, к каким-то стереотипным занятиям.

Хотя другие формы патологической экспансии матери менее опасны для девочки, они способствуют сохранению «растекающегося» состояния, без четко заданных временных и пространственных границ.

Хаотичный и незавершенный характер носят попытки матери наладить домашнее хозяйство и организовать территорию для всех членов семьи. Она захватывает жизненное пространство девочки, заполняя половину отведенной ей комнаты своими личными вещами (одеждой, книгами). Куда бы ни пошла девятилетняя дочь, мать следует за ней, всегда зная, где она находится и чем занята. Попытки девочки создать свой уголок или укрытие неизменно раскрывались и обсуждались с другими людьми. Девочка, в свою очередь, захватывает и разрушает материнскую территорию (высыпает сыпучие вещества, выбрасывает вещи в окно, ломает кровать родителей, пачкает их белье и т.д.), что приводит к агрессивным стычкам между дочерью и матерью.

В общественных местах аффективная экспансия матери направлена на поиск внешней угрозы и борьбу с ней, а девочки – на поиск места для себя, порой в самых неожиданных местах.

Находясь в метро, мать «спасает» девочку, которая проваливается в промежуток между вагоном и платформой, застревает в турникете, садится на колени к незнакомым людям и пр. Мать часто вступает в конфликты с окружающими, когда кто-то негативно отзывался о поведении девочки и воспитательных приемах матери. Поиск таких «соперников» и столкновения с ними тонизируют мать.

Другим проявлением искаженной активности матери является поиск стимуляции для интеллектуального развития дочери.

В торговом центре она следует за девочкой и, стоит той остановиться возле какого-либо товара, сразу же покупает эту вещь, которая в дальнейшем, как правило, остается невостребованной. Мать ведет себя так, словно пытается придать полевому поведению дочери статус целенаправленного. Активность, нацеленная на интеллектуальное развитие девочки, вытесняет и искажает собственное поведение дочери, превращая его в осколки незаконченных действий. Например, она подталкивает девочку рассматривать вместе книгу и тут же «глухим» речевым потоком или руководящим поведением перекрывает возможность всякого ответа со стороны ребенка.

Таким образом, симбиотические стереотипы взаимного вторжения в жизненное пространство друг друга блокируют развитие автономной пси-

хической активности девочки и матери. Доминирующая форма экспансии – искаженная территориальная. Другие ее формы (игровую, исследовательскую, статусную) определить именно как экспансию невозможно из-за размытости физических и психических границ между матерью и дочерью.

Четвертый уровень: эмоциональная коммуникация

Смысл регуляции на этом уровне сводится к способности адаптивно изменять свое поведение в соответствии с эмоциональными состояниями других, прежде всего, близких людей. Важные составляющие такого поведения – способность к близкому эмоциональному контакту без чрезмерного использования примитивных защит; способность к одиночеству, то есть соответствующая возрасту психологическая автономия; способность переживать потери и депрессивные состояния без разрушения психической активности. В основе этих очень сложных психологических способностей лежат ясность, последовательность, предсказуемость, гармоническое соответствие во времени, месте эмоциональных сигналов партнеров. В норме эта база закладывается в невербальном общении между матерью и ребенком на самых ранних этапах развития их отношений.

В исследуемой нами диаде проявляется сильное искажение, амбивалентность и непоследовательность, а также нарушения регуляции интенсивности и направленности эмоциональных сигналов.

Мать стабильно реагирует тревогой на перемены эмоционального состояния девочки, которые воспринимает либо как психосоматические кризисы («спазм», «шок», «болевого приступ»), либо объясняет их внешней причиной (колебаниями погоды, отъездом отца, обидным высказыванием в адрес ребенка со стороны других людей либо наказанием со стороны родителей).

Она часто не понимает выражений лица дочери, которые, как и ее собственные, амбивалентны. Особая объективная трудность в интерпретации эмоциональных проявлений девочки связана с тем, что наиболее яркие положительные эмоции она в течение длительного времени проявляла только во время аутистической игры, и адресованы они были не людям, а предметам-фетишам. Положительные эмоции, адресованные людям, выражались не мимикой, а позой симбиотического пристраивания: девочка устраивалась в эмбриональной позе на коленях у взрослого и замирала, зажав большой палец во рту.

В начале наблюдений, в присутствии других людей для девочки была характерна своеобразная улыбка, похожая на агрессивный оскал. При возникновении малейшего барьера девочка кусалась и мычала, однако

состояние сильного возбуждения внезапно исчезало и сменялось спокойным состоянием, с игривым взглядом, который она бросала в сторону окружающих.

Когда девочка полностью попадала под контроль матери (например, после окончания психотерапевтического занятия), то приобретала вид восковой фигуры с застывшим лицом, приоткрытым ртом и взглядом, смотрящим «сквозь» людей.

Лишь по прошествии года после начала психотерапевтических занятий и у дочери, и у матери появились признаки явного удовольствия от взаимного контакта. Например, мать могла сдержанно, не тиская, поглаживать дочь, на что девочка реагировала красивым детским смехом. Однако эта нормальная реакция оставалась неустойчивой, и уже через два-три месяца чуть ли не любое прикосновение матери вызывало у девочки агрессивную протестную реакцию.

Речь матери, благодаря своей метафоричности, силе голоса, высокой скорости, аффективной насыщенности, прикрывает недостаточность базовых форм установления и поддержания контакта с другим человеком. Она не выдерживает спокойных пауз, чтобы выждать ответ другого человека, глазной контакт нужен ей для того, чтобы оценить, какой эффект она произвела на собеседника, ритм согласования глазного и речевого контакта нарушен. Кроме того, характер и содержание ее высказываний не меняются в зависимости от того, говорит ли она с незнакомым или знакомым человеком. Речь матери плохо интегрирована как с другими формами контакта, так и с предметными действиями. Дефицит базовых форм контакта, который обнаруживается в общении матери с взрослыми, становится критическим при ее взаимодействии с дочерью.

Речь матери в контакте с дочерью используется с целью «озвучивания» поведения девочки, крайне редко – для собственно коммуникации с ней. Мать приписывает девочке намерения, желания, мысли, действия; в поведении практически постоянно опережает ее реакции своими, не оставляя для девочки пространства и времени, необходимого для выполнения задачи (одевания и пр.). По-видимому, она испытывает страх перед паузами, пустотами в общении, а своей чрезмерной активностью стремится не допустить обнаружения несостоятельности девочки, так как для нее крайне болезненно видеть «дыры» в навыках и умениях дочери.

Возможно, что базовые формы контакта нарушились или закрепились у матери вторично, так как искаженная чувствительность к элементарным эмоциональным сигналам дочери позволяет ей беспрепятственно использовать проективную идентификацию.

В свою очередь, девочка, лишенная возможности эффективно влиять на поведение матери через мимику и более тонкие сигналы, вынуждена выражать эмоции через крайне грубые, полярные варианты позы, походки, вокализации, ритмической моторной активности. Более тонкие сигналы неустойчивы и «зашумлены», как будто замаскированы (редкие, невнятно произнесенные слова, украдкой брошенный острый взгляд).

Тотальное отсутствие речи является одним из наиболее тяжелых и малоподвижных патологических симптомов ребенка. Устойчивыми формами голосового контакта остаются оживленные, радостно-возбужденные, с высоким тоном экспрессивные вокализации (направленные большей частью в адрес тряпочек, сооружений из книг и бутылок), а также грубые примитивные вокализации с низким тоном (мычание, плач без слез, крик), сопровождающиеся агрессией. Сквозь эти звуки, являющиеся прямым выражением аффекта без какой бы то ни было символизации, могут прорываться отдельные слова («иди», «открой дверь», «я играю», «мама», «крокодил»). Эти слова, «проскакивающие» на аффекте определенной средней интенсивности, крайне редко встречающейся у девочки, всегда неожиданно возникают для слушателя, так как они совершенно не координированы с другими видами контакта и, кроме того, произносятся с аутистической интонацией.

Тактильный контакт в диаде амбивалентный. Как указывалось выше, из репертуара тактильного контакта у матери выпадают формы ласкового, сдержанного обращения, что свидетельствует о непереносимости для обеих нормальной эмоциональной близости. Преобладают формы интенсивного «ухода» за телом дочери и лечения, а также инструментальные формы контакта (мать одевает, моет девочку, пишет ее рукой). Когда девочка после полутора лет занятий с психотерапевтом стала успевать снять верхнюю одежду до вмешательства матери (одним рывком), та, как правило, выглядела растерянной.

В поведении дочери преобладает активное и пассивное избегание, когда инициатива тактильного контакта исходит от матери, в сочетании с симбиотическим «прилипанием» по собственной инициативе. В периоды острой непереносимости тактильного контакта с матерью девочка реагирует криком (например, в ответ на попытки матери ее причесать).

Агрессия используется девочкой не только в качестве протестной реакции на вторжение матери в пространство ее тела, но и как реакция на отделение от матери. Например, наблюдатель зафиксировала эпизод амбивалентного реагирования девочки на приход логопеда и необходимость отправиться с ней в комнату для занятий. Находившаяся в спокойном со-

стоянии девочка, с приходом логопеда, бежит на кухню, беспорядочно хватая там кусочки еды, затем набрасывается на мать, пытаясь поцеловать и укусить ее одновременно, потом сильно тянет ее за волосы, а затем с мычанием, напрягаясь всем телом, кусает себя за руку.

Наиболее гармоничные формы контакта психотерапевту удалось наблюдать, когда мать присутствовала на психотерапевтических занятиях в роли участвующего наблюдателя, то есть общение между ней и дочерью протекало в безопасных условиях, исключающих телесные вторжения матери. Однако для матери было крайне трудно дозировать долю своего участия и сохранять статус доброжелательного наблюдателя, поэтому пришлось вернуться к индивидуальным занятиям.

В условиях мощной проективной идентификации и мать, и дочь могут избегать глазного контакта друг с другом, чтобы защитить себя от сильных негативных эмоций, в том числе выражений гнева или страха во взгляде другого. Периодическое усиление избегания глазного контакта у матери в сочетании с озабоченностью по поводу внешнего облика дочери является выражением ее амбивалентного отношения к признакам «ненормальности» на лице девочки (их напряженный поиск сочетается с полной беспомощностью при их «обнаружении»).

При отсутствии подлинного глазного контакта, между матерью и дочерью существует взаимное, но асинхронное наблюдение, отслеживание. Чтобы компенсировать недостаточность собственного визуального мониторинга, мать периодически просит психотерапевта посмотреть на девочку, оценить ее состояние. Девочка ограничивается «периферическим» взглядом, редкими резкими «поглядываниями» в сторону матери.

В целом, поведение привязанности с обеих сторон характеризуется непереносимостью близкого эмоционального контакта, компенсаторной эскалацией примитивных форм воздействия на партнера (крик, физическая агрессия, телесная стимуляция, агрессия, смещенная на предметы; аутоагрессия). Ни мать, ни дочь не могут находиться в одиночестве без маниакальной защиты. Психологического отделения друг от друга не произошло. Со стороны матери используется массивная проективная идентификация с приписыванием дочери определенных телесных состояний, предпочтений, способностей; со стороны дочери – карикатурная поверхностная идентификация с хозяйственной активностью матери. Поведение обеих очень стереотипно и направлено на поддержание status quo. Попытки ребенка протестовать против вторжения матери ведут к усилению патологического вмешательства матери в психосоматическое развитие ребенка. Качество привязанности в диаде можно определить как крайний вариант амбивалентной привязанности с глубоким симбиозом.

Пятый уровень: символическая регуляция эмоциональных процессов

На этом уровне регуляция эмоциональных состояний осуществляется за счет обращения к накопленному эмоциональному опыту, который пригоден для подобного использования благодаря тому, что был предвзительно представлен в символах или обозначен в слове, связан с причинами и следствиями, усвоен, обобщен и дифференцирован. Это самый сложный и наиболее индивидуализированный вид внутренней, психической регуляции.

В наблюдаемой диаде речь используется матерью узко – для усиления аффекта, своего или дочери; проекции негативных состояний на другого человека; для образного описания и своеобразного отчуждения патологического поведения девочки (прыжки дочери вызывают у матери ассоциацию с «лягушатником» или «с конями сытыми», что «бьют копытами»; дочь не ест, а «хомячит»). В стрессовых ситуациях мать реагирует усилением интрузивно-агрессивных форм телесного обращения с дочерью.

Мутизм девочки, отражая ее состояние глубокой аутизации, дополняет своеобразное красноречие матери. Тотальное нарушение развития речи основано на грубых нарушениях невербальной коммуникации, в том числе жестового общения, а также на низкой и чрезвычайно неустойчивой способности пользоваться для регуляции своего поведения аффективными символами образного или игрового характера, понятными другим людям. Мутизм приводит к грубым отклонениям в формировании произвольного поведения и способствует растормаживанию влечений девочки.

В диаде нарушена одна из самых ранних форм символической дифференциации объектов внешнего мира – различение «живое/неживое». Предпочтение и со стороны матери, и со стороны дочери явно отдается «неживому». Мать обращается с девочкой как имеющей тело, но не имеющей собственной психической жизни. Мы уже говорили о своеобразном общении без пауз, тотальном контроле и интрузии, подавлении активности ребенка. Девочка в своих отношениях с миром также явно отдает предпочтение неодушевленным, легко подчиняющимся ей (в отличие от собственной матери), предметам – тряпкам, книгам, бутылкам. На психотерапевтическом занятии девочка могла общаться (прыгать, смеяться, обнимать, смотреть восторженным взглядом) с висящей на вешалке верхней одеждой психотерапевта, как будто это живой человек.

Для матери аффективную доминанту составляют образы прошлого, а также признаки упадка, смерти, болезни. Ее интересует мистическая ли-

тература, а также жизнь людей, которые, подобно ей самой, вынуждены заботиться о близких родственниках – инвалидах.

Символическая регуляция матери связана с созданием особых защитных мифов вокруг себя, своей дочери и семьи. Реалистичного, но крайне болезненного представления о своем ребенке мать избегает даже ценой разлаженности, спутанности собственной психической жизни. Возможность проявления в девочке самостоятельной спонтанной психической жизни озадачивает и пугает ее, приводит в состояние недоумения или же вызывает такой шквал положительных эмоций, на фоне которого реальное проявление активности девочки искажается и гипертрофируется до неузнаваемости. Девочка не способна увидеть более или менее реалистично свои достижения в «зеркале» матери, симбиотически воспринимая умения матери как свои собственные.

Возможно, интрузивные паттерны искаженного телесного обращения матери с ребенком направлены на то, чтобы понять механизм поддержания жизни в отдельном живом существе, которое когда-то было частью матери.

В начале психотерапии девочка использовала лишь самые примитивные формы эмоциональной регуляции, символическая активность была крайне слабой. Основным способом тонизирования служили сенсомоторные стереотипии (прыжки с трясением руками, трясение тряпочек, раскладывание картинок), с помощью которых девочка могла вывести себя из состояния вялости и «воскового» отсутствия в противоположное состояние – маниакального возбуждения. В обоих состояниях девочка была недоступна для контакта.

В ходе психотерапии данное поведение несколько «облагородилось». Стереотипная активность стала использоваться для более ясной символизации своего опыта, а также выступать в форме особой коммуникации, то есть постепенно уменьшилась ее функция как глухой аутистической защиты. Девочка начала использовать тряпки в разнообразных ситуациях, играть с настоящими игрушками. В начале психотерапии девочка избегала игры с настоящими игрушками, особенно крупными, принимая их за реальные объекты. Когда девочка стала замечать игрушки, то предпочитала, чтобы они оставались на своих местах на полке, контролировала их взглядом, сидя перед ними.

Постепенно, хотя и очень недолго, она начала играть с маленькими игрушками подчеркнуто условного характера (например, плоские игрушки или плюшевый заяц, грубо окрашенный в яркие контрастные цвета).

Девочка избегает брать в руки целостные предметы, связанные с человеком, тем более – содержащие в себе признаки живого (веревочки,

тряпочки, поломанные фигурки она предпочитает нормальным целостным игрушкам)⁶.

Символическую активность девочки легко разрушает любой негативный опыт. «Оживление» ребенка, постепенно отходящего от аутистической анестезии, обычно сопровождается повышением чувствительности к воздействиям внешней среды и усилением «страдальческих» (по контрасту с прошлым бесчувствием) депрессивных состояний. Обилие болезненных ощущений, недовольство, внутреннее напряжение сохраняется в нашей пациентке в виде постоянного фона, который теперь не позволяет ей использовать для маниакальной защиты аутостимуляцию в качестве моментально действующего наркотика, как это было раньше. Даже при наличии достаточно сильного внешнего или внутреннего барьера, когда девочка валится на пол, мычит, ерзает, извивается, хнычет, она все же сохраняет контакт с окружением, не выпадает из ситуации психически.

Хотя символическая активность ребенка либо носит стереотипный, выхолащенный характер (игра с бытовыми предметами) либо является неустойчивой, «случайной» (игры с игрушечными зверями или сказочными персонажами), она, тем не менее, позволяет сделать несколько предположений о характере личностной идентификации ребенка.

У девочки отмечается довольно много идентификаций с персонажами книг. В начале психотерапии она явно соотносила себя с маленьким красным автомобилем из серии историй из его жизни, представляющей череду поломок и починков. Девочка играет в своеобразную игру с мышкой, привязанной к веревочке. Ребенок сначала закапывает мышку в песок, а затем освобождает ее оттуда, дергая за веревочку.

Спустя полтора года после начала психотерапии она подолгу рассматривала картинку с изображением сказочной колдуньи, которая варит в котле ребенка.

В целом, символическая активность этой маленькой пациентки отражает тот ограниченный опыт, который ей удалось получить в рамках симбиотических отношений с матерью. Это – нейтральный опыт наблюдения

⁶ Искажение в различении и предпочтении живых и неживых объектов характерно для тяжелых психических нарушений, в частности для глубоких психозов. Спутанность в области «живого/неживого» тесно связана со способностью индивида сформировать устойчивые границы Я, а также со способностью меняться в процессе психотерапии и поддерживать психическую активность на высоком уровне (*Kafka*, 1989). Способность различать живые и неживые объекты предполагает терпимость к амбивалентности, что наиболее емко отражено в концепции Д. Винникотта о переходных феноменах, которая подчеркивает, что человек использует объекты и формирует отношение к ним для того, чтобы переживать себя живым через «оживление» внешнего мира, инвестируя в него собственное либидо (*Winnicott*, 1951).

за хозяйственной активностью матери, амбивалентный опыт чрезмерно интенсивного аффективного контакта, реализуемого через грубые формы телесного контакта между матерью и дочерью, конфликтный опыт манипулирования, контроля и более позитивный опыт «починки». В этом плане способность символизировать свой опыт у ребенка парадоксальным образом оказывается более развитой, чем фрагментарная непоследовательная символическая активность матери, направленная на компенсацию чувств депрессии и вины, связанных с рождением и воспитанием больной дочери.

Выводы

Данное исследование подводит к основанному на объективных данных определению «симбиоза» как действия *единой системы эмоциональной регуляции в диаде* «мать-ребенок», что позволяет глубже проникнуть в механизмы поддержания симбиотической «привязанности». Наличие единой системы аффективной регуляции выражается в эффектах *соответствия (разделения) и взаимной дополняемости* нарушений и способов эмоциональной регуляции в диаде «мать-ребенок»⁷.

Взаимодополняемость в системе выражается в том, что сначала мать, а затем и оба члена диады создают друг для друга особую искаженную аффективную среду, таким образом, что все значимые нагрузки и способы регуляции аффективного напряжения оказываются заданными внутри диады, где телесные и психические границы между матерью и дочерью отсутствуют.

Нарастание острой амбивалентности, враждебности в поведении ребенка на определенном этапе психотерапии может расцениваться как признак выхода из глубокого аутистического состояния, выражение стремления ребенка выйти из симбиотической связи с матерью и одновременно невозможность такого выхода. Подобное поведение, которое можно было бы оценивать как положительный знак, на самом деле приводит к усилению симбиоза за счет эскалации интрузивно-контролирующих действий матери.

Патологической устойчивостью к психотерапевтическому воздействию обладают те формы патологии ребенка, которые служат для поддержания симбиотической формы привязанности в диаде. Тяжелые аутистические

⁷ Данное определение симбиотической привязанности в диаде «мать-ребенок» согласуется с общей психобиологической концепцией симбиотических отношений как взаимного обмена «ресурсами» (биологической и психологической природы) в условиях тесной связи между организмами (*Rosenblum, Moltz, 1983*). Положительный смысл биологического симбиоза превращается в свою противоположность в условиях патологической симбиотической связи в человеческой диаде, которая поддерживается на разных уровнях эмоциональной регуляции для поддержания собственной целостности через вторжение в психосоматическое пространство друг друга.

проявления (сенсорная «анестезия», собственно аутизм и нарушения произвольного поведения) представляют собой вторичные нарушения в случаях симбиотического психоза, выполняя защитную или стабилизирующую функцию, и поддаются психотерапевтическому воздействию.

Данный случай служит примером того, что аутистический синдром может служить фасадом, прикрытием для симбиотического психоза в тяжелых случаях детских психических расстройств.

Патологическая устойчивость симбиотической связи в диаде, а также фиксация патологии ребенка запускается и поддерживается целым рядом искаженных форм материнского поведения, к которым относятся:

- общая сверхстимуляция и искаженная эротизированная стимуляция ребенка;
- тотальный контроль над психосоматическим развитием ребенка, запрет на самостоятельную разрядку телесного напряжения;
- отсутствие регулирующего значения объективных границ физического тела (кожи, одежды, личного пространства) и психологического пространства другого члена диады (кровати, комнаты, вещей); фиксация аффективно насыщенного вторжения в пространство друг друга;
- усиление психосоматического вмешательства в ответ на попытку ребенка проявить самостоятельную физическую или символическую активность.

Следующие формы поведения ребенка также направлены на закрепление симбиоза:

- усиление психотической и регрессивной симптоматики при отделении от матери или угрозе разлуки с ней, а также при изменении системы аффективных стереотипов в целом;
- карикатурная идентификация с поведением матери;
- предпочтение стереотипных взаимодействий с матерью живому общению с ней.

Положительные изменения, как у матери, так и у дочери, отмечаются в области эмоциональной коммуникации, прежде всего, с посторонними людьми. Важным результатом психотерапии девочки явилось уменьшение негативизма и амбивалентности, а также расширение репертуара эмоционального контакта, сдвиг идентификации в символической игре от неживого механического объекта к живому. Однако эти изменения лишь в малой степени затрагивают функционирование симбиотического ядра.

Показано, что патологический симбиоз стабилизирует психическое состояние матери на уровне пограничных расстройств, а психическое состояние дочери – на уровне аутистического синдрома, сдерживая нарастание острой психотической и регрессивной симптоматики в диаде.

ЛИТЕРАТУРА

- Вацлавик П., Бивин Дж., Джексон Д. Психология межличностных коммуникаций. СПб.: Речь, 2000.
- Верморель А. Быть или не быть? Значение травмирующих событий детского возраста для психоаналитического лечения // Французская психоаналитическая школа / Под ред. А.Жибо, А.В.Рассохина. СПб.: Питер, 2005. С. 362–383.
- Бардышевская М.К., Лебединский В.В. Диагностика эмоциональных нарушений у детей. М.: УМК «Психология», 2003.
- Беттельхейм Б. Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я. М.: Академический Проект; Традиция, 2004.
- Кестемберг Э. Фетишистское отношение к объекту (некоторые замечания). // Французская психоаналитическая школа / Под ред. А.Жибо, А.В.Рассохина. СПб.: Питер, 2005. С. 527–544.
- Лебединский В.В., Бардышевская М.К. Психология аномального развития ребенка: В 2 т. М.: ЧеРо ; Высш. шк. ; Изд-во Моск ун-та, 2002.
- Наури А. и др. Инцест или кровосмешение. М.: «Кстати», 2000.
- Потапова В.А. «Инцестуозность» в современной психоаналитической теории и практике // Российский психиатрический журнал, 2003, № 9.
- Ракамье П. Страдать и выживать в парадоксах // Французская психоаналитическая школа / Под ред. А.Жибо, А.В.Рассохина. СПб.: Питер, 2005. С. 544–556.
- Сельвини, Палаццоли М. и др. Парадокс и контрпарадокс: Новая модель семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие. М.: Когито-Центр, 2002.
- Bardyshevsky, M. The compensation of autistic features during a little boy's second year: overcoming pain through the development of attachment. *Infant Observation*. Vol.2, no.1, October 1998. P. 40–57.
- Bick E. Notes on infant observation in psycho-analytic training // *International Journal of Psycho-Analysis*. 1964. 45. P. 558–66.
- Kafka J.S. *Multiple Realities in Clinical Practice*. New Haven, London: Yale University Press, 1989.
- Klein M. Some theoretical conclusions concerning the emotional life of the infant // *The Writings of Melanie Klein*. 1952. vol. 3, London: Hogarth, 1975.
- Mahler M.S. *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York: International Universities Press, 1968.
- Rosenblum J.L., Moltz A. *Symbiosis in Parental-Offspring Interactions* / Ed. by J.L.Rosenblum. N.Y. & L.: Plenum Press, 1983.
- Tustin F. (1990) *The Protective Shell in Children and Adults*. London: H. Karnac Books.
- Winnicott D.W. *Transitional objects and transitional phenomena* // *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, 1951; London: Tavistock 1958.
- Winnicott D.W. *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press, 1965.