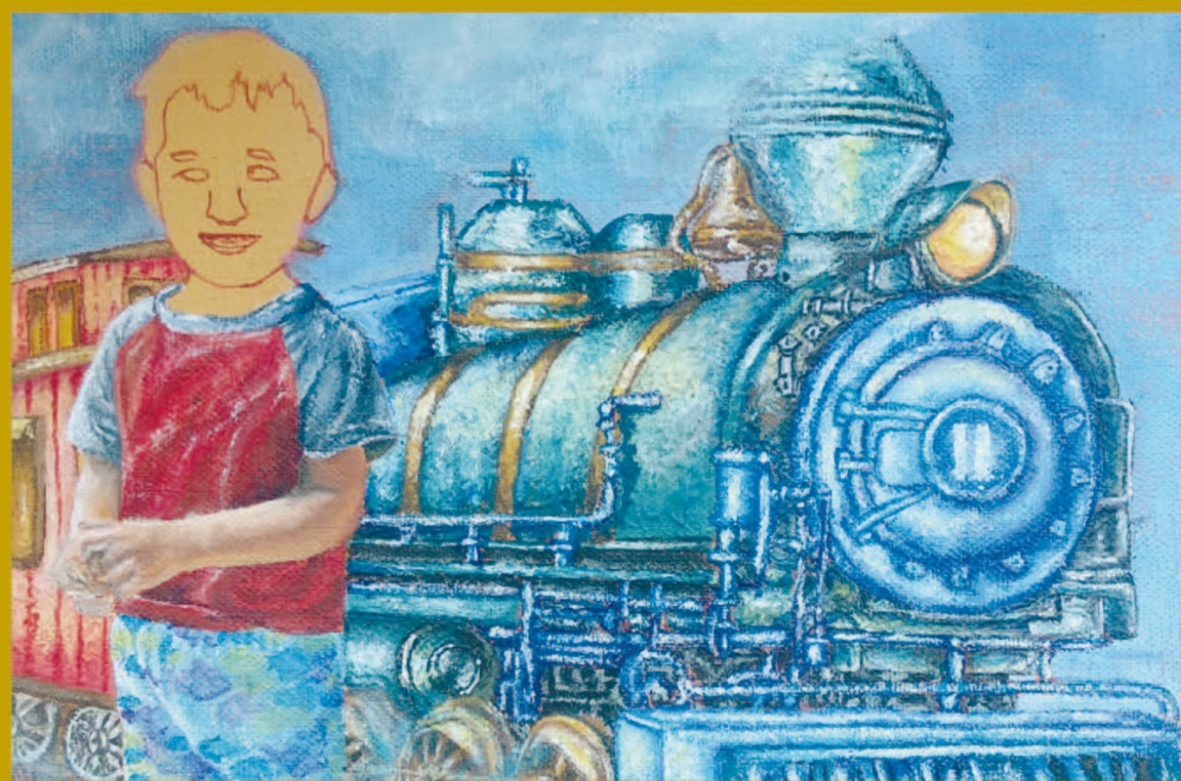




Университетское
Образование

*М. К. Бардышевская
В. В. Лебединский*

ДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ



Марина Бардышевская

**Диагностика эмоциональных
нарушений у детей**

«Когито-Центр»

2003

УДК 37.015.3
ББК 88.4

Бардышевская М. К.

Диагностика эмоциональных нарушений у детей /
М. К. Бардышевская — «Когито-Центр», 2003

ISBN 978-5-89353-556-3

В пособии представлен многолетний опыт работы авторов с детьми с эмоциональными нарушениями. Рассматриваются основные принципы диагностики эмоциональных нарушений у детей. В первой главе дается общее представление о строении системы эмоциональной регуляции, феномены аффективных нарушений распределяются по уровням. Во второй и третьей главах представлена методика диагностики эмоциональных нарушений у детей. Выделены две главные линии диагностики: особенности, возрастной динамики основных новообразований эмоциональной сферы и состояние и динамика эмоциональной регуляции ребенка. В качестве иллюстрации в четвертой главе разобраны примеры диагностики развития детей с тяжелыми нарушениями эмоциональной регуляции. Для студентов факультетов психологии высших учебных заведений, дефектологов, практических психологов и психиатров. В формате PDF A4 сохранен издательский макет книги.

УДК 37.015.3

ББК 88.4

ISBN 978-5-89353-556-3

© Бардышевская М. К., 2003

© Когито-Центр, 2003

Содержание

Предисловие	5
Глава 1	7
Введение в проблему	7
Уровни эмоциональной регуляции: строение, признаки нарушений	10
Первый уровень – уровень оценки интенсивности средовых воздействий	10
Нарушения сензитивности к сенсорным воздействиям, исходящим от другого человека	11
Гиперсензитивность к отдельным классам воздействий	13
Чувствительность к боли и интероцептивным сигналам	15
Второй уровень – уровень аффективных стереотипов	16
Нарушения ритмичности физиологических процессов	17
Фиксация изолированных ранних форм взаимодействия с матерью	18
Стереотипии в моторике, игре, рисунке, речи, коммуникации. Отличия стереотипий от стереотипов	19
Третий уровень – уровень аффективной экспансии	20
Конец ознакомительного фрагмента.	21

Бардышевская М. К., Лебединский В. В.

Диагностика эмоциональных нарушений у детей

Учебное пособие

Посвящается детям со стойкой волей к здоровому развитию.

Предисловие

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

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

В настоящем издании эта модель дополнена уровнем символической регуляции эмоций, который завершает строение аффективной системы и определяет ее дальнейшее развитие. Прогноз развития в значительной степени зависит от состояния этого уровня. Кроме того, уровень эмоциональной коммуникации, который прежде описывался в терминах аффективного заражения и подражания, усилен за счет введения основных показателей развития поведения привязанности. Паттерны привязанности рассматриваются не только в качестве сложных регуляторов эмоций, но и основы устойчивого развития в целом.

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

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

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

Предложенная схема диагностики создавалась одновременно как исследовательская методика и как рабочий инструмент детского, психотерапевта. Это позволяет решать несколько задач: 1) оценить тяжесть эмоциональных нарушений и их место среди общих расстройств развития ребенка; 2) определить более подвижные, изменчивые симптомы, которые могли бы быть фокусом первоначальных психотерапевтических воздействий, а также выделить более тяжелые, устойчивые, центральные симптомы, которые требуют длительной работы и значительного повышения психической активности самого ребенка; 3) отследить динамику эмоционального развития ребенка в разных условиях: идет ли оно без всяких вмешательств или же в условиях специального лечения (медикаментозного, психотерапевтического и др.); 4) определить прогноз развития ребенка (здесь требуется длительное наблюдение).

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

Представленная в учебном пособии схема диагностики отрабатывалась на детях с тяжелыми эмоциональными расстройствами.

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

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

В четвертой главе (М. К. Бардышевская) в качестве иллюстрации разобраны яркие примеры диагностики развития детей с тяжелыми эмоциональными нарушениями, представленные в виде исследований конкретных случаев с акцентом на отслеживании динамики эмоционального развития ребенка. Надеемся, что они будут понятны и вызовут у читателей интерес к глубоким исследованиям детского развития в норме и патологии.

Глава 1

Аффективное развитие ребенка в норме и патологии

Введение в проблему

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

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

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

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

Особая роль в этом процессе принадлежит памяти и речи. Память создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. В результате не только актуальные события, но и прошлое (а на основании их – и будущее) начинают вызывать эмоциональный резонанс. Речь, в свою очередь, обозначает, дифференцирует и обобщает эмоциональные переживания², в результате чего эмоции теряют в своей яркости, непосредственности, зато выигрывают в возможности их интеллектуализации, осознанности.

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

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

Что касается информации, поступающей из внешней среды, то афферентное звено эмоциональной системы чувствительно к тем ее параметрам, которые непосредственно сигнализируют о возможности удовлетворения актуальных потребностей в настоящем или будущем, а также реагирует на любые изменения внешней среды, несущие угрозу или ее возможность в

² Не все пласты эмоциональных переживаний могут быть осознаны и вербализованы. Например, элементарные тактильные, вкусовые, кожные и другие слабо опредмеченные ощущения с выраженным аффективным компонентом, в высокой степени индивидуализированные, выполняют роль аффективного фона. Однако в некоторых случаях без определенного аффективного фона не могут реализоваться сложные виды деятельности.

будущем. В круге явлений, чреватых опасностью, учитывается также информация, синтезируемая когнитивными системами: возможности сдвига среды в сторону неустойчивости, неопределенности, информационного дефицита.

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

По сравнению с когнитивной, эмоциональная информация менее структурирована. Эмоции являются своеобразным стимулятором ассоциаций из разных, порой не связанных друг с другом областей опыта, что способствует быстрому обогащению исходной информации. Это система «быстрого реагирования» на любые важные с точки зрения потребностной сферы изменения внешней среды. Параметры, на которые опирается когнитивная и эмоциональная системы при построении образа окружающего, не совпадают. Так, например, интонация, недружелюбное выражение глаз с точки зрения аффективного кода имеют большее значение, чем противоречащие этому недружелюбию высказывания. Интонация, выражение лица, жесты и другие паралингвистические факторы могут выступать как более значимая информация для принятия решения.

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

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

Основной же вклад исполнительного звена – участие в регуляции тонической стороны психической деятельности³. Положительные эмоции повышают психическую активность, обеспечивают «настроенность» на решение той или иной задачи. Отрицательные эмоции, чаще всего снижая психический тонус, обуславливают в основном пассивные способы защиты. Но ряд отрицательных эмоций, таких, как гнев, ярость, усиливают защитные возможности организма, в том числе на физиологическом уровне (повышение мышечного тонуса, артериального давления, увеличение вязкости крови).

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

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

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

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

³ В известной теории Д. Линдслея (1960) эмоциям отводится роль регулятора возбуждения неспецифических структур мозга, которые, в свою очередь, посылают импульсы в таламус и кору.

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

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

Особенно важен этот момент в патологии, где наблюдаются первичные нарушения нейродинамики. Явления гипо- и гипердинамики дезорганизуют эмоциональную регуляцию, лишают ее устойчивости и избирательности. Нарушения нейродинамики отражаются прежде всего на настроении, являющемся фоном для протекания отдельных эмоций. Для пониженного настроения характерны астенические эмоции, патологически повышенного – стенические. Важен знак нарушения, определяющий качество патологического процесса. Так, при явлениях гипердинамии патологические эмоции имеют стенический характер (проявления бурной радости или гнева, ярости, агрессии).

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

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

В более тяжелых случаях центр тяжести нарушений перемещается с высших на базальные центры, которые уже не в состоянии поддерживать собственную энергетику на нужном уровне. В этом случае на угрозу витальным константам организма эмоциональная система отвечает тревогой, страхом. Подробнее типы аффективного реагирования в условиях сверхнагрузки рассматриваются в этой главе далее.

Уровни эмоциональной регуляции: строение, признаки нарушений

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

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

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

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

В базальной системе эмоциональной регуляции могут быть выделены следующие уровни:

- 1) уровень оценки интенсивности⁴ средовых воздействий;
- 2) уровень аффективных стереотипов;
- 3) уровень аффективной экспансии;
- 4) уровень аффективной коммуникации;
- 5) уровень символических регуляций.

Первый уровень – уровень оценки интенсивности средовых воздействий

Первый уровень аффективной регуляции осуществляет наиболее примитивные функции адаптации. Аффективная ориентировка на этом уровне направлена на оценку количественных воздействий среды. Значимыми являются изменения температуры окружающего и самого тела, уровень освещенности, высота звука, скорость движения, которое воспринимается как перепад интенсивности⁵.

Поскольку количественные изменения могут наиболее разрушительно действовать на организм, аффективная система пристально следит за любыми изменениями в этой области. Выход воздействий за допустимые границы вызывает реакции в виде беспокойства, тревоги,

⁴ Термин «интенсивность» используется здесь в самом широком смысле. Можно говорить об интенсивности воздействий самых различных средовых явлений. Например, интенсивность общения зависит от количества людей; расстояния, на котором оно происходит; от новизны ситуации; состояния общающегося человека (например, усталости); степени формализации общения и др. Таким образом, под интенсивностью понимается субъективная оценка человеком средового воздействия.

⁵ Предметы, возникающие внезапно и перемещающиеся слишком быстро, вызывают негативную эмоциональную реакцию. До тех пор, пока не сформировался более совершенный механизм, оценка приближения – удаления объекта определяется изменением величины его проекции на сетчатке глаза (Бауэр, 1979). Возможно, что этот примитивный способ оценки сохраняет свое значение и позднее, в ситуациях, требующих моментальной реакции.

страхов, агрессии. Поэтому оценка интенсивности⁶ входит в круг витальных задач, решаемых младенцем с первых дней жизни.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Нарушения сензитивности к сенсорным воздействиям, исходящим от другого человека

В норме явления гиперсензитивности по отношению к внешним раздражителям характерны для младенцев в первые четыре недели жизни⁷. По-видимому, такая «открытость» пер-

⁶ Признак интенсивности играет важную роль в построении типологии индивидуальных различий. Показано, что интраверты склонны отвечать на стимулы средней интенсивности защитными типами реагирования, в то время как экстраверты на ту же стимуляцию дают ориентировочную реакцию.

⁷ Вот как А. Гезелл описывает явления гипер- и неустойчивой сензитивности у младенца на первом месяце жизни: «Дыхание его нерегулярно, регуляция температуры нестабильна. На малейшую провокацию он вздрагивает, плачет. Его пороги низкие и неустойчивые <...> Состояние мышечного напряжения изменчивы. Многие реакции спорадические <...>» (Гезелл, по:

цептивной системы младенца является необходимым условием для импринтинга ключевых признаков образа матери. Гиперсензитивность новорожденного неустойчива (т. е. зависит от его внутреннего состояния, которое полярно меняется в зависимости от удовлетворения или неудовлетворения базальных потребностей) и быстро проходит.

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

В то время как зрительная или голосовая стимуляция быстро становится сверхнагрузкой для незрелой психики новорожденного и вызывает у него истощение, тактильная стимуляция, связанная с ощущением тепла, давления, прикосновения, объятия, в норме является успокаивающей⁸. Успокаивающее значение тактильного контакта особенно велико на первом году жизни ребенка, но и в последующие годы тактильный контакт с близким человеком эффективен для уменьшения тревоги.

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

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

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

Наряду с непереносимостью тактильного контакта наблюдается обратное явление, характерное для очень тревожных младенцев (с выраженной эндогенной тревогой). Как правило, речь идет об эксплуатации ребенком защитных свойств тактильного контакта. Такой младенец пытается компенсировать болезненность ощущений от контакта с миром за счет «прилипания» к телу матери. Такие дети в младенчестве «не сходят с рук» матерей, даже во время сна они должны ощущать материнскую грудь или руку (один из наблюдаемых нами детей в младенчестве сию же секунду просыпался, стоило матери отойти от него).

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

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

Knobloch, Pasamanick, 1974, с. 36).

⁸ На исключительную важность тактильного контакта для благоприятного развития указывали этологи, работающие с приматами (Harlow, Harlow, 1966). Обнаружено, что для детенышей обезьян удовлетворение потребности в тактильном контакте было важнее, чем удовлетворение пищевой потребности. В патологии это соотношение может нарушаться.

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

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

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

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

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

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

У взрослых шизофреников такой немигающий взгляд сочетается с продуктивной симптоматикой, в то время как устойчивое избегание глазного контакта чаще коррелирует с негативными симптомами (Корнетов, Самохвалов и др., 1990).

Гиперсензитивность к отдельным классам воздействий

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

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

Патологическим знаком можно считать доминирование орального исследования в поведении ребенка старше одного года. Если оно сопровождается переживанием блаженства и удо-

вольствия, то речь идет о фиксации на самой ранней стадии психоаффективного развития (собственно сосание). Если же ребенок преимущественно кусает, грызет, жует предметы, то это свидетельствует о переполняющих его агрессивных чувствах, вызванных фрустрацией, разочарованием или эндогенной тревогой.

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

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

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

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

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

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

Проявлением искажения сензитивности к зрительным признакам объекта у детей с тяжелой аффективной недостаточностью может считаться ориентация в основном на более абстрактный зрительный признак предмета – форму, при игнорировании его более аффективно насыщенной характеристики – цвета⁹ (собственные наблюдения).

⁹ Так, цвет поверхности неразрывно связан с ее текстурой (Гибсон, 1988), т. е. несет информацию о качествах вещества, важных для адаптации (например, зрелым, незрелым или испорченным является яблоко). В животном мире именно цвет несет важную сигнальную нагрузку в социальном поведении (например, импринтинге), и мы можем предположить, что у человека сохраняются рудиментарные формы этой ориентировки. Цветовое зрение является основой для многочисленных синестезий, т. е. связей с другими модальностями («холодные» синие и «теплые» желтые тона, «сочные», «резкие», «ядовитые», «нежные», «агрессивные» цвета и пр.).

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

Чувствительность к боли и интероцептивным сигналам

В случаях тяжелой эмоциональной патологии может отмечаться значительное снижение чувствительности к боли. Например, у детей с синдромом раннего детского аутизма (РДА) этот симптом является одним из показателей полной отрешенности от внешней стимуляции (Каппер, 1985; Reid, 1999). Так, С. Рид описывает мальчика 18 месяцев с синдромом РДА, который никак не прореагировал на хирургическую операцию глаза, проводившуюся без анестезии¹⁰. Нечувствительность к собственной боли можно рассматривать как глубокое нарушение инстинкта самосохранения. Кроме того, дети, нечувствительные к собственной боли, не замечают, когда причиняют боль другим людям (например, могут наступить на другого ребенка).

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

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

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

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

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

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

У эмоционально депривированных детей в возрасте одного года и старше может наблюдаться обратное нарушение, связанное с неспособностью воспринимать сигналы насыщения, а также притупление чувствительности к вкусу еды, когда главным становится количество поглощаемой пищи. Для таких детей может стать характерным поедание несъедобного. В тяжелых случаях эмоциональной депривации может наблюдаться копрофагия. Шпиц и Вульф (Spitz, Wolf, 1946) показали, что копрофагия в возрасте до 15 месяцев особенно часто наблюдается у детей, матери которых, страдая психозами, не следили за своими детьми и не помогали им ориентироваться в том, насколько опасными или безопасными являются окружающие предметы.

¹⁰ Ребенок повредил глаз и без быстрого оперативного вмешательства мог бы его потерять; для анестезии не было ни времени, ни условий.

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

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

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

Второй уровень – уровень аффективных стереотипов

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

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

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

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

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

Ситуация близкого физического контакта младенца с матерью (прикосновения, взгляд, запах, вкус, вестибулярные ощущения при покачивании) является прообразом ситуации цельного чувственного восприятия мира, в которой различные сенсорные впечатления объединяются на основе единого сильного положительного аффекта.

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

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

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

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

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

Только в тех случаях, когда мы видим жесткую фиксацию стереотипной формы поведения либо ее насильственный характер (навязчивости), сталкиваемся с невозможностью ее перестройки, можно говорить о патологической природе этого феномена. Патологическим знаком является также сильный и стойкий регресс в ответ на вынужденное изменение привычной формы взаимодействия со средой (отъезд матери, помещение в детский сад, рождение младшего ребенка в семье).

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

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

Нарушения ритмичности физиологических процессов

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

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

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

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

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

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

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

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

Фиксация изолированных ранних форм взаимодействия с матерью

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

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

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

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

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

Например, наблюдаемый нами мальчик 3,5 лет требовал следующего порядка укладывания спать. Мать должна была сидеть на кухне, где играла негромкая классическая музыка, в

этот момент сын приходил туда, садился к ней на колени и она должна была ласково его обнять, прижав к груди, как младенца; только в таких условиях он засыпал.

Часть стереотипов свидетельствует о такой симбиотической связи между матерью и ребенком, которая подпитывается и поощряется главным образом матерью. В этом случае эмоциональная близость между матерью и ребенком заменяется амбивалентными сексуально-агрессивными взаимодействиями. В нескольких семьях без отцов и при патологическом влечении матери к сыну мы наблюдали необычные формы приучения к туалету и гигиене, в которых мать принимала живейшее участие, несмотря на уже не младенческий возраст сына (6–7 лет).

Стереотипии в моторике, игре, рисунке, речи, коммуникации. Отличия стереотипий от стереотипов

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

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

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

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

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

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

В патологии спектр устойчивых ритмически организованных действий, приносящих удовольствие ребенку, значительно сужен по сравнению с нормой. Во-первых, это происходит из-за эмоциональной пустоты тех немногих «отстоявшихся» форм, которыми ребенок отвечает на самые различные средовые воздействия. Во-вторых, сама ритмическая сторона двигательной

активности у таких детей нарушена из-за сжатости, связанности и в то же время хаотичности движений (Протопопова, по: Психология аномального развития ребенка, 2002, т. II).

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

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

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

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

Третий уровень – уровень аффективной экспансии

На третьем уровне (аффективной экспансии¹¹) аффективная система сталкивается с новыми свойствами среды и новыми, более сложными, задачами. Сенсорное поле, где системой отсчета являются ощущения собственного тела, сменяется пространственно-предметным, состоящим из отдельных физических объектов, находящихся на определенном расстоянии друг от друга.

Активность организма на этом уровне направлена на овладение, захват различных объектов, обладающих определенной побудительной силой (валентностью). При этом ребенок и привлекающий его объект, как правило, разделены препятствием, первым из которых является само пространство.

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

¹¹ По мнению А. А. Ухтомского (1978), основной тенденцией в развитии мотивов является экспансия в смысле овладения средой.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.