

УДК 159.9

Н. В. Кантарьова, кандидат психологічних наук, старший викладач
Одеський національний університет імені І. І. Мечникова
кафедра клінічної психології ІПО
e-mail: kantarova@mail.ru

СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ПСИХОАНАЛІТИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

У статті коротко представлено класичне, а також сучасне розуміння аутизму з точки зору психоаналізу. Акцентується увага на сучасних підходах в інтерпретації і терапії аутизму, при якому не виявлена органічна симптоматика. Як варіанти терапії цього порушення запропоновані нові підходи психоаналітичної терапії, комплексна терапія, батьківське консультування.

Ключові слова: аутизм, психоаналітична терапія, психоз.

Метою даної статті є розгляд класичних і сучасних підходів психоаналітичної терапії дітей з аутизмом методом психоаналізу.

Термін «аутизм» (з грец. *autos* — сам) уперше був запропонований в 1911 р. Е. Блейлером. Вперше психічно хворий розглядувався не як жорстокий, небезпечний для суспільства, а як людина, що пішла в свої мрії. Блейлер також вводить поняття аутистичне мислення, що надалі створило багато спорів щодо його змісту. Диференціюючи хворих шизофренією від хворих аутизмом, він все ж не ставить ясних рамок між нормою, аутизмом і шизофренією. Він вважає, що в аутистичному мисленні немає нічого незвичайного, чого б не було в переживаннях нормальної людини, різниця між нормою і патологією виключно кількісна. Пізніше два дитячі психіатри Л. Каннер і Г. Аспергер описали аутизм як самостійне поліетиологічне захворювання.

На початку ХХ століття, з розвитком психоаналітичного напрямку, були зроблені спроби терапії аутизму за допомогою психоаналізу. Розглянемо основні підходи в розумінні цього порушення і способів його терапії.

До появи поняття аутизм усі порушення раннього дитячого розвитку розглядалися в категоріях неврозів і психозів. Психотичні і невротичні порушення Фрейд намагався розмежувати на основі декількох основних ознак. Неврози — це витіснення заборонених бажань і потреб, які виходять з сфери Воно, а потім повертаються в сферу свідомості в спотвореній формі (симптомоутворення). В разі психозів, перш за все, йдеться про декатексис об'єктних стосунків, тобто про відрив від реальності і спроби знайти її знов. Таким чином, невротичні розлади характеризуються поверненням в свідомість витисненого матеріалу, психотичні — відривом від реальності.

При неврозі основна «боротьба» розвертається між дійсними бажаннями Воно і захисними процесами Я; інакше йде справа при психозі — Воно (а також частково Супер-Я), долаючи захист Я, вступає в конфлікт з фруструючою реальністю, в конфлікт, пересилити який удається лише за допомогою деструктивних фантазій і хворобливої компенсації.

Багаточисельні клінічні спостереження, зокрема, отримані при вивченні окремих типів психотичних розладів, змусили Фрейда і інших психоаналітиків переглянути такі фундаментальні поняття, як лібідо і топографічні області психіки.

Психоаналітична концепція психозів Фрейда передбачає існування якоїсь базисної спільності між особливостями протікання психічних процесів при психозах і неврозах. В той же час Фрейд підкреслював істотні відмінності між цими двома типами психічних порушень. Із його точки зору, особи, страждаючі психотичними розладами, несвідомо фіксуються на ранніх стадіях лібідінозного розвитку, зокрема, на нарцисичній фазі. Така фіксація приводить до формування специфічної регресії, тобто до того, що слід розглядувати як важливу ознаку розвитку психозу — до зміни відношення індивіда до інших людей і об'єктів.

Пацієнти в психотичному стані починають сприймати інших як відчужених або вороже налагоджених. З таким сприйняттям пов'язані уявлення про нереальність навколишнього світу, людей і предметів. Фрейд вважав що така симптоматика відображає специфічний розрив пацієнта з реальністю і є найбільш характерною ознакою психотичного процесу.

Сучасний психоаналіз, виходячи з накопичених клінічних спостережень і відповідних теоретичних побудов, переконує в тому, що пізні концепції Фрейда, зокрема, його структурна теорія і концепція регресії Я, здатні пояснити багато клінічних феноменів успішніше, ніж рання теорія лібідінозного катексиса і зворотнього катексиса.

Згідно сучасним виставам, більшість змін у сфері функцій Я і Супер-Я при психотичному типі розладів є специфічним захистом, направленим перш за все проти тривоги. При цьому зміни психічної діяльності, що відбуваються, настільки масивні, що їх наслідки приводять до дезинтеграції об'єктних стосунків, а потім і до відриву від реальності. Проте основним полем діяльності психоаналітичної психотерапії є все ж невротичні розлади, неврози характеру і сексуальні перверсії. Лише в окремих випадках «розширення цього поля» стосується психотичних порушень. Зокрема, деякі модифікації психоаналітичної техніки в їх додатку до лікування психозів розроблені школою Мелані Кляйн.

Френсис Тастін описувала, як Кляйн «вже у 1930 році прийшла до висновків, що випереджають на 30 років введене Лео Канером розрізнення «раннього дитячого аутизму» і розумової відсталості» [6].

Тастін передбачила існування первинного стану «нормального аутизму» і пов'язала його з (описаним Фрейдом) аутоеротизмом — пошуком приємних тілесних відчуттів поза об'єктними стосунками. Вона змогла розрізнити два типи аутизму:

- що виникає, коли «нормальний аутизм» передчасно уривається, і дитина, знаходячись в змозі гіперчутливості до переживання сепарації, ховається в тому, що поглинена лише тілесними відчуттями, а це характеризується постійним психотичним злиттям (fusion) з оточенням (матір'ю);
- іншу форму аутизму, при якій немовля, не настільки важко травмований, постійно використовує патологічну проектну ідентифікацію, що відмічене постійною сплутаністю (confusion) з об'єктами.

У обох формах аутизм приводить до зупинки розвитку внутрішнього світу і до захопленості тілесними відчуттями. Аутичні стани першого типу відображаються в понятті Віннікотта про зіткнення із зовнішніми об'єктами, передуванні стадії розвитку, на якій дитина здатна витримати сепарацію. Таким чином, розуміння Тастін служить мостом між ідеями Кляйн і Віннікотта про найраніші стани психіки немовляти.

Маргарет Малер підкреслює важливість фази сепарації-індивідуації, під час якої дитина стає окремою від матері істотою, це період приблизно з чотирьох до тридцяти місяців.

Малер вважала, що процес сепарації-індивідуації починається у віці чотирьох-п'яти місяців і включає чотири передбачені, спостережувані й такі, що накладаються одна на одну фази: диференціація, практика, возз'єднання і формування постійності об'єкту. Крім того, Малер виділила ще дві фази, передуючі початку процесу сепарації-індивідуації: «нормальну аутистичну фазу», що займає перші чотири тижні, і «нормальну симбіотичну фазу», що триває від другого місяця до чотирьох-п'яти.

Термін аутизм, запозичений Малер з психопатології, позначає перші декілька тижнів життя дитини, коли вона, в протилежність пізнішим етапам розвитку, менш здібна до взаємодії з батьками.

Штерн і інші аналітики заперечують думку Малер, що Его та об'єкт не диференційовані при народженні, посилаючись на дані досліджень, що представляють підтвердження на користь того, що немовля з самого народження розрізняє внутрішнє і зовнішнє, себе та іншого. Також оспорювалося представлення Малер, що немовля починає життя в аутистичному стані, відрізане від світу бар'єром подразників.

У описі механізмів аутизму колектив авторів на чолі з Мельтцером використовували біонівське розуміння зростання психічного апарату і тих форм, що відхиляються, в які цей апарат може розпадатися. Звернення нормального процесу психічної інтеграції приводить до дезінтеграції чуттєвих даних на фрагменти, що спричиняє за собою зупинку належного розвитку відповідних для мислення думок. Мельтцер пов'язував свої погляди з роботою Бік, присвяченою адгезивній ідентифікації і заснованою на спостереженнях за «нормальними» немовлятами з моменту народження. Мабуть, існує значима відповідність між спостереженнями за аутичними дітьми і спостереженнями за нормальними немовлятами в перші дні життя [6]. Бік (Bick, 1968) показала, як немовля вперше знаходить відчуття зібраності воедино завдяки стимуляції шкіри. Якщо ж це не відбувається належним чином, у немовляти залишається дефектне відчуття інтеграції, що описується як нездатність утримувати відчуття контейніруючого простору. Така відсутність контейніруючого простору, або внутрішнього, або зовнішнього, характерна для аутичної дитини; в результаті дитина прагне до інтенсивних перцептивних та інших тілесних відчуттів як до механізмів утримання себе збіраною воедино.

У основі синдрому аутизму Мельтцер і його колеги знаходять дію механізму проектно-їдентифікації. Мельтцер описує його як «механізм нарцисичної ідентифікації... і основу іпохондрії, станів сплутаності, клаустрофобії, параної, психотичної депресії і, ймовірно, деяких психосоматичних захворювань». Це також повновладний захист проти сепараційної тривоги. Мельтцер описує відмову від надлишкової проектно-їдентифікації як попередню умову цілісного внутрішнього світу.

З точки зору Фріджлінг-Шредера, ранній дитячий аутизм є найранішим дитячим психозом. У яскраво обкреслених випадках діти ніколи не йдуть ні на який контакт з самого початку життя; наприклад, вони ніколи не пред'являють реакцію посмішки. З аутичною дитиною неможливо побудувати нормальний «діалог» або об'єктні стосунки, навіть найпримітивніші [4].

Фріджлінг-Шредер розглядає деякі умовні критерії диференціальної діагностики між дитячим психозом, пограничним станом і неврозом. Виходячи з цього, захисні механізми при дитячому психозі — це примітивна проекція і інтроекція. До того ж ритуалізація і стереотипна поведінка використовуються як захист від дезінтеграції. Відкритої тривоги може не бути, але трапляються напади паніки та імпульсна поведінка. При пограничному стані використовуються всі види захисних механізмів, фобічне заміщення і обесивні симптоми (захист не є ефективним). При неврозі — всі види захисних механізмів. Особливістю розвит-

ку Его при психозах є специфічні порушення інтеграції і перевірки реальності. Відсутність диференціації репрезентацій Я об'єкту. Мова не використовується як засіб контакту з об'єктом.

Фріджлінг-Шредер дотримується ідеї Маллер про те, що дитячі психози є наслідком порушень фази сепарації-індивідуації.

Дідьє Узель [3] розглядає аспекти роботи терапевта з батьками аутичних дітей, а саме:

- *терапевтичний альянс* встановлюється з батьками внаслідок того, що дитина через своє захворювання не здатна дати усвідомлену згоду. На цьому етапі батькам необхідно пояснити, в чому полягатиме лікування: у тому, щоб допомогти дитині здолати ті перешкоди, що заважають її розвитку, і зрозуміти свої відчуття.
- *розшифровка емоційних реакцій дитини*. Необхідно спонукати батьків думати над тим, що означають симптоми їх дитини, не можна викликати в них відчуття провини, оскільки сім'я не є причиною захворювання дитини. Аутична дитина володіє дуже сильними емоціями, і вона не знає, як їх утримати під контролем або організувати їх таким чином, щоб вони стали зрозумілі близьким. Емоції виявляються двома засобами: або у вигляді «шквалу» стереотипних рухів, які сприймаються як відчайдушна спроба знайти контроль над відчуттями, що переповнюють її; або як раптові спалахи гніву, змішаного з тривогою. Узель говорить про важливість побачити ці сигнали і спробувати їх розшифрувати.
- *оцінка успіхів дитини*. При зустрічах з батьками необхідно упевнитися, що вони йдуть однією дорогою з терапевтом. Часто батьки говорять про те, що не помічається жодних успіхів. Тому їм не варто чекати великих змін у дітей, навіть незначні з боку зміни дитини відчуває як ваговиті.
- *опрацювання «парадоксальної депресії батьків»*. В мить, коли терапія починає приносити реальні плоди, у батьків з'являються сильні депресивні реакції. Вони часто починають скаржитися, що ситуація стала гірша. Швидше за все це пов'язано з тим, що, коли батьки помічають успіхи дитини, вони починають зрозуміти, як багато ще належить зробити, починають турбуватися, чи зможуть здолати всі перешкоди. Психоаналітик приводить аналогію між такою парадоксальною депресією і післяродовою материнською депресією.

Бруно Беттельхейм [1] описує експеримент, який вперше був проведений Енн Салліван. Вона проводила лікування аутичної дитини за допомогою спеціального оточення, експеримент виявився успішним, але не отримав подальшого розвитку. Цей експеримент допоміг з часом прийти до думки, що реабілітація дітей з особливо важкими емоційними порушеннями можлива лише в закладі, де все оточення цілком є терапевтичним. На базі цього експерименту, Беттельхейм провів свій експеримент, який полягав в створенні подібної терапевтичної середовища для дітей з аутизмом з метою терапії цього розладу. Діти знаходилися під постійною дією Беттельхейма та його дружини, оскільки, як затверджує автор, декілька годин терапії в тиждень абсолютно недостатні для лікування аутичних дітей.

Одна з основоположних ідей Беттельхейма полягає в тому, що аутизм найбезпосереднішим чином пов'язаний зі всім, що відбувається з дитиною і довкола неї з моменту народження. Суть цієї хвороби зводиться до порушення здатності взаємодіяти зі світом.

Сам Беттельхейм провів досить тривалий період в концтаборі, будучи поміщеним нацистами. Спостерігаючи за іншими ув'язненими, він виявив, що, не отри-

муючи належної соціальної взаємодії і втративши надію на звільнення, тобто знаходячись в повній ізоляції і в абсолютно безпорадному стані, вони втрачали сенс життя, відмовлялися від допомоги, і таким чином вони поступово руйнували себе. Іншими словами, у них спостерігалася відома аутизація. Він приводить аналогію з тим, як немовля, систематично не отримуючи достатньої любові з боку матері і не будучи нею зрозумілий, вирушає в подібну аутизацію, починаючи руйнувати себе.

Він також робить висновок про те, що інтелектуальні порушення у дітей з аутизмом — це вторинні порушення унаслідок неможливості встановлювати відношення з навколишніми людьми.

Цікаву думку висловлює російська дослідниця Печникова Л. С. Вона вважає, що не депресивні матері — причина виникнення аутизму, а аутизм дитини є причиною депресивності матері. У своєму дослідженні відношення матерей до дітей з раннім дитячим аутизмом Печникова говорить про те, що у всіх матерей наголошуються певні особистісні особливості: високий рівень тривоги з реакцією відходу від фрустрації, емоційна нестійкість у поєднанні з ригідністю афекту, підвищена чутливість до соціальних критеріїв і зовнішніх оцінок їх дій і особистості, що створює підвищену афектну середу для аутичної дитини. Патерн особистісних особливостей матерей не виходить за рамки норми, не корелює із ступенем важкості аутизму у дітей; таким чином, він не може розглядуватися як визначальний патогенетичний чинник раннього дитячого аутизму.

Батьківське відношення матерей аутичних дітей має суперечливу структуру: на когнітивному рівні оцінка дитини є такою, що відображає труднощі матері в розумінні своєї дитини, побудові моделі її виховання і можливості вбудуватися в соціальну середу. Проте емоційне відношення більшості матерей залишається адекватним, позитивним.

Вона також стверджує, що материнське відношення до хворої дитини залежить від черги її народження: у сім'ях, де дитина з аутизмом — єдина, частіше спостерігається її емоційне прийняття. Найменш сприятлива психологічна ситуація складається відносно другої по порядку народження аутичної дитини. У матерей частіше складається комплекс ролевої неповноцінності і неможливість гнучкої адаптації до особливостей хворої дитини.

З її точки зору, проведення коректувальних заходів покращує показники прийняття дитини матерями. Психологічна корекція повинна цілеспрямовано знімати стан розгубленості в матерей, мобілізувати можливості взаємодії з дитиною, вибудовувати зрозумілу модель соціальних очікувань і адекватних виховних заходів.

Висновки

Біля такого складного розладу розвитку, як аутизм, не може не існувати дискусій. Висловлюється багато «за» і «проти» вживання психоаналітичного лікування для дітей з аутизмом.

Необхідно враховувати проте, що при психозах органічного характеру, зокрема, при аутизмі з органічною симптоматикою, психоаналітичне лікування, швидше за все, не буде ефективним. В даному випадку більш відповідним методом допомоги б послужило психоаналітичне консультування батьків аутичних дітей. Адже саме вони є заручниками цього порушення і страждають не менше, ніж їх діти.

Часто, окрім психологічного, необхідне медикаментозне втручання. Комплексна терапія дає великі результати в лікуванні цього розладу.

Представлений в статті матеріал підкреслює неоднозначність розуміння структури порушення розвитку при аутизмі і способів лікування. Основною причиною тому служить недостатнє розуміння в даний час етіології цього порушення, і як наслідок — неможливість адекватного підбору методів терапії.

Поряд з цим існують корективальні програми в різних напрямках психології, психіатрії і психоаналізу. Кожна з них заслуговує на увагу і по-своєму ефективна в роботі з аутичними дітьми.

Що стосується психоаналітичного розуміння аутизму, воно багато в чому відкриває завісу на механізми цього порушення.

Література

1. Беттельхейм Б. Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я / Пер. с англ. — М.: Академический проект: Традиция, 2004. — 784 с.
2. Назлоян Г. К. Концепции патологического одиночества // Московский Психотерапевтический Журнал. — 2000. — № 2. — С. 51—74. (19).
3. Узель Д. Работа с родителями аутичных детей. Работа с родителями. Психоаналитическая психотерапия с детьми и подростками / Под ред. Дж. Циантиса и др. Пер. с англ. — М.: Когито-центр, 2006. — 196 с.
4. Фридрилинг-Шредер Е. Пограничные состояния у детей // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2003. — № 2.
5. Херсонський Б. Г. Глибина психологія: Довідкове видання. — Одеса: Астропринт, 1998. — 192 с.
6. Хиншлвуд Р. Словарь кляйнианского психоанализа / Пер. с англ. — М.: Когито-центр, 2007. — 566 с.

Н. В. Кантарёва, канд. психолог. наук, старший преподаватель
Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова
кафедра клинической психологии ИИПО

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Резюме

Целью данной статьи является рассмотрение классических и современных подходов психоаналитической терапии детей с аутизмом методом психоанализа. Представленный в статье материал подчеркивает неоднозначность понимания структуры нарушения развития при аутизме и способов лечения. Как варианты терапии этого нарушения предложены новые подходы психоаналитической терапии, комплексная терапия, родительское консультирование.

Ключевые слова: аутизм, психоаналитическая терапия, психоз.

N. Kantarova, senior teacher, Cand. of Sc.
Odessa national university by name I. I. Mechnikov

MODERN APPROACHES IN PSYCHOANALYSIS THERAPY OF CHILDREN WITH AUTISM

Summary

The purpose of this article is consideration of classic and modern approaches of psychoanalysis therapy of children with autism the method of psychoanalysis. The material presented in the article is underlined by the ambiguousness of understanding of structure of violation of development at autism and methods of treatment. As variants of therapy of this violation are offered new approaches of psychoanalysis therapy, complex therapy, paternal advising.

Key words: autism, psychoanalysis therapy, psychosis.