

**УЧЕБНИК
ДЛЯ ВУЗОВ**

ПИТЕР®

СТАНДАРТ ТРЕТЬЕГО ПОКОЛЕНИЯ



Под ред. Э. Г. Эйдемиллера, М. Ю. Городновой, А. Э. Тарабанова

Детская психиатрия, психотерапия и медицинская психология

**РЕКОМЕНДОВАНО В КАЧЕСТВЕ УЧЕБНИКА ДЛЯ ВУЗОВ
УЧЕНЫМ СОВЕТОМ ФАКУЛЬТЕТА ПСИХОЛОГИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА**

ББК 57.336.4я7
УДК 616.89-053.2(07)
Д38

Рецензенты:

А. А. Александров, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей медицинской психологии, педагогики ФГБОУ ВО «Северо-Западный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава РФ»;
Ю. В. Попов, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, главный научный сотрудник Национального исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева.

Под ред. **Эйдемиллера Э. Г.**, **Городновой М. Ю.**, **Тарабанова А. Э.**

Д38 Детская психиатрия, психотерапия и медицинская психология. Учебник для вузов. Стандарт третьего поколения. — СПб.: Питер, 2022. — 720 с.: ил. — (Серия «Учебник для вузов»).

ISBN 978-5-4461-1466-5

Этот учебник уникален. До настоящего времени в России существовали только монотематические учебники — психиатрии, с минимальным описанием психотерапии и медицинской психологии. Построение этого учебника осуществляется по принципу интеграции. Специфика нервно-психических расстройств у детей, «аномальное» поведение часто ошибочно расценивается специалистами как патология, а на самом деле это может быть особенностью нормального функционирования на разных этапах онтогенеза. Поэтому помогающему специалисту — детскому психиатру, психотерапевту и медицинскому психологу — необходимо изучать психику детей в норме и патологии по интегративным медико-психологическим руководствам.

В учебнике описаны современные теории: новые версии психоанализа, в частности нейропсихоанализ, новая трактовка психологии отношений В. Н. Мясищева, системный подход, теории поля, акторно-сетевая теория Бруно Латура. В теоретической части приведены новые данные о генезе невротических расстройств, шизофрении, синдроме дефицита внимания и др. Рекомендовано студентам и преподавателям психиатрии, психотерапии, медицинской (клинической) психологии, психологам.

16+ (В соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2010 г. № 436-ФЗ.)

ББК 57.336.4я7
УДК 616.89-053.2(07)

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 978-5-4461-1466-5

© ООО Издательство «Питер», 2022

© Серия «Учебник для вузов», 2022

© Коллектив авторов, 2022

© Тарабанова В. А., Никольский М. А., Никольский А. В., наследники, 2022

Оглавление

Предисловие	14
Введение. «Психиатрия, психотерапия и медицинская психология в современном культурном контексте мира и России»	15
Глава 1. Психоаналитические и неаналитические теории развития личности детей и подростков	31
Психоаналитические теории развития	31
Мелани Кляйн (1902–1960) и Британская школа объектных отношений	36
Анна Фрейд (1895–1982) и эго-психология	42
Рене Спитц (1887–1974)	46
Маргарет Малер (1897–1985)	47
Неаналитические теории развития личности	51
Теории научения	51
Когнитивные теории	55
Гуманистические теории развития личности	64
Глава 2. Основные теории в психоневрологии (психиатрии, психотерапии и медицинской психологии)	67
Психология отношений В. Н. Мясищева	67
Личность — система отношений	67
Сущностные характеристики отношений	68
Компоненты отношений	69
Развитие и динамика отношений	71
Свойства целостной системы отношений	75
Системный подход, теория хаоса и акторно-сетевая теория в современной психотерапии	78
Системная парадигма	78
Теория хаоса в психотерапии	82
Акторно-сетевая теория в современной психотерапии	84
Детский нейрпсихоанализ	87

Теория поля	105
Развитие теории поля в психологии: от контекста к ситуации, от детерминизма к процессуальности	106
Среда как синоним поля в других концепциях психологии	110
Теория ситуаций	113
Глава 3. Психологические защиты и копинг-поведение у детей	117
Общие сведения о психологической защите	117
Особенности психологической защиты у детей	121
Защитные автоматизмы	121
Защитные поведенческие реакции	124
Психологические защитные механизмы у детей	128
Семья — среда, определяющая развитие защиты	139
Общие сведения о копинг-поведении	141
Копинг-поведение у детей	144
Глава 4. Патологизирующее семейное воспитание и концепция патологизирующего семейного наследования	149
Основные параметры патологизирующего семейного воспитания	150
Уровень протекции в процессе воспитания	150
Степень удовлетворения потребностей ребенка	150
Количество и качество требований к ребенку в семье	151
Неустойчивость стиля воспитания	152
Психологические причины отклонений в семейном воспитании	154
Отклонения в личности самих родителей	154
Психологические (личностные) проблемы родителей, решаемые за счет ребенка	154
Глава 5. Методы исследования в детской и подростковой психиатрии	162
Наблюдение за поведением клиента в разных социально-психологических ситуациях	165
Глава 6. Методы психологического исследования в детской и подростковой психиатрии	167
Основные задачи психологического исследования	167

Методы психологического исследования	167
Экспериментально-психологические методики	167
Психодиагностические методики	171
Подбор психологических методик для исследования психически больных детей	179

Глава 7. Психодинамическая классификация нервно-психических расстройств у детей и подростков (PDM) 182

Младенчество и раннее детство	192
Наблюдение за психическим функционированием младенца или ребенка	194
Детство	195
Подростковый возраст	200

Глава 8. Шизофрения 203

Социокультурный и психодинамический факторы стресса	207
Ряд направлений проведенных исследований	214
Реорганизация и оздоровление ближайшей социальной среды пациента	215
Классификация и клиника шизофрении	218
Злокачественная и непрерывно-прогредиентная шизофрения	219
Непрерывная вялотекущая шизофрения (шизотипическое расстройство личности)	219
Приступообразная малопрогредиентная шизофрения	220
Особенности шизофрении в раннем детском и детском возрасте	220
Особенности шизофрении в подростковом возрасте	220
Лечение шизофрении	221
Шизотипическое расстройство (F-21)	222
Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении . . .	223
Введение	223
Психотерапевтическая работа с семьей	224
Психотерапия	225
Этапы психотерапевтического процесса (Э. Г. Эйдемиллер, 2008)	230
Системное взаимодействие помогающих специалистов	232

Глава 9. Расстройства аутистического спектра.	240
Определение	240
Эпидемиология.	240
Классификация.	241
Этиология.	243
Патогенез	243
Клиника	244
Ранний детский аутизм (аутизм Каннера)	245
Синдром Аспергера.	247
Клиника	249
Атипичный аутизм.	250
Диагностика	251
Терапия.	252
Глава 10. Аффективные психозы у детей и подростков	255
Эпидемиология.	255
Классификация.	255
Синдромология и клиника	256
Маниакально-депрессивный психоз у детей и подростков	264
Атипичные аффективные психозы у детей и подростков	264
Шизоаффективные психозы у детей и подростков.	265
Органические аффективные психозы	266
Особенности лечения аффективных психозов у детей и подростков	267
Глава 11. Олигофрения	269
Классификации олигофрений.	270
Международная классификация болезней (МКБ-10).	270
Этиопатогенетическая классификация олигофрений Г. Е. Сухаревой.	271
Клинико-физиологическая классификация состояний общего психического недоразвития С. С. Мнухина и Д. Н. Исаева.	272
Динамика олигофрений.	274
Лечение и реабилитация детей с общим психическим недоразвитием.	275

Глава 12. Резидуально-органические нервно-психические расстройства у детей и подростков.	280
Классификация.	281
Лечение резидуально-органических нервно-психических расстройств у детей и подростков	296
Глава 13. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.	298
Определение	298
Эпидемиология.	298
Этиология.	298
Роль органического фактора	301
Роль преморбида	301
Биологические теории	301
Диагностика.	302
Классификация и клиника	302
Общие неврозы	303
Системные неврозы	323
Глава 14. Личностные расстройства	331
Особенности диагностической категории «личностные расстройства» в детском и подростковом возрасте	333
Этиология и патогенез.	334
Эпидемиология	335
Классификация	335
Психотерапия.	348
Выводы.	349
Глава 15. Особенности аддиктивного поведения у детей и подростков.	351
Предпосылки аддиктивного поведения	353
Эпидемиология химической зависимости в детском и подростковом возрасте	356
Особенности химической зависимости в детско-подростковом возрасте	356
Психотерапия аддиктивного поведения у подростков	365

Глава 16. Психосоматические расстройства у детей и подростков	370
Психотические расстройства, реализующиеся в соматической сфере (по А. Б. Смулевичу)	373
Особенности психосоматических нарушений у детей и подростков	374
История психосоматического подхода	374
Психосоматическая патология и психическое развитие ребенка	378
Клинические проявления, оценка и диагностика	378
Диагностика, дифференциальный диагноз и психиатрическая коморбидность	380
Эпидемиология	381
Соматизация как защитный механизм	382
Нейробиологическая основа соматизации и восприятие боли. . .	383
Нейробиологические корреляты измененной эмоциональной обработки в соматизации	384
Психотерапия	385
Глава 17. Расстройства пищевого поведения	388
Стили пищевого поведения в семье и их влияние на формирование расстройств питания у детей и подростков	391
Нейропсиходинамический подход к расстройствам пищевого поведения	394
Нервная анорексия. Исторический экскурс	395
Психодинамические гипотезы булимии	396
Психодинамические гипотезы нервной анорексии	396
Перфекционизм (семейный, социальный)	398
Психотерапия	399
Глава 18. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей.	402
Классификации СДВГ и критерии диагностики	408
Комплексный способ лечения СДВГ	414
Психотерапия	418
Глава 19. Деструктивное поведение: рискованное и самоповреждающее поведение	422
Деструктивное поведение	422

Рискованное поведение	423
Аутодеструктивное поведение	428
Модели коррекции деструктивного поведения	435
Профилактика суицидального и рискованного поведения	437

Глава 20. Психофармакотерапия в детской психиатрической практике 440

Правила назначения и проведения психофармакотерапии у детей и подростков	440
Общая характеристика препаратов ноотропного ряда	442
Пирролидоновые производные	445
ГАМК-ергические препараты	446
Препараты, усиливающие холинергические процессы (глиатилин, холина альфосцерат)	448
Лецитин (фосфатидилхолин)	448
Глутаматергические препараты	449
Нейропептиды и их аналоги	450
Антиоксиданты и мембранопротекторы	451
Общая характеристика группы нейролептиков	452
Классификация нейролептиков	452
Общие свойства нейролептиков	452
Общие особенности традиционных нейролептиков	454
Общие особенности атипичных нейролептиков	455
Традиционные нейролептики преимущественно с седативным действием	457
Традиционные нейролептики преимущественно с антипсихотическим действием	457
Атипичные нейролептики	458
Общая характеристика группы антидепрессантов	460
Ингибиторы моноаминоксидазы	461
Избирательные ингибиторы	462
Трициклические антидепрессанты	462
Атипичные трициклики	462
Гетероциклические антидепрессанты	463
Селективные ингибиторы обратного нейронального захвата	463
Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина	464
Специфические серотонинергические антидепрессанты	464

Общая характеристика группы транквилизаторов	464
Классификация транквилизаторов (анксиолитиков)	465
Общая характеристика группы антиконвульсантов	467
Глава 21. Перинатальная психотерапия	469
Психотерапия семьи, планирующей зачатие ребенка	470
Психотерапия семьи, ожидающей рождения ребенка	475
Психотерапия семьи, имеющей новорожденного ребенка	478
Психотерапия пациентов с нервно-психическими расстройствами, связанными с проблемами перинатального периода	481
Глава 22. Детский психоанализ	484
Глава 23. Игровая психотерапия детей и подростков	506
Глава 24. Аналитическая психодрама и метод краткосрочной аналитико-сетевой психодрамы	517
Теория метода и описание аналитической психодрамы	517
Уровни реальности в аналитической психодраме	520
Основные техники аналитической психодрамы	521
Фазы сеанса аналитической психодрамы	523
Структура сеанса аналитической психодрамы	524
Метод краткосрочной аналитико-сетевой психодрамы Э. Г. Эйдемиллера — Н. В. Александровой	525
Глава 25. Гештальт-терапия	538
Гештальт-терапия детей и подростков	541
Глава 26. Групповая психотерапия детей и подростков	549
Глава 27. Когнитивно-поведенческая психотерапия в работе с детьми, подростками и их родителями	555
Теория и методология когнитивной психотерапии	560
Когнитивная концептуализация	563
Этапы когнитивной терапии	564
Установление контакта. Знакомство	564
Идентификация (распознавание) эмоций	564

Работа с автоматическими мыслями	565
Работа с промежуточными и глубинными убеждениями	566
Завершение когнитивной терапии	567
Когнитивная психотерапия третьей волны	567
Глава 28. Телесно-ориентированная психотерапия в работе с детьми, подростками и их родителями	571
Глава 29. Танцевально-двигательная психотерапия	582
Теоретическое обоснование метода танцевально-двигательной психотерапии	583
Глава 30. Семейная психотерапия.	595
Семейная системная психотерапия	595
Основные положения системного подхода	598
Семейный диагноз	603
Приемы и техники семейной психотерапии	614
Описательно-образные и эмотивные приемы	625
Аналитико-системная семейная психотерапия	629
Теоретические аспекты	630
Котерапия в аналитико-системной психотерапии	632
Случай аналитико-системной семейной психотерапии девочки Дины	634
Нарративная (конструктивистская) семейная психотерапия	669
Бифокальная семейно-групповая психотерапия	676
Краткосрочная бифокальная модель семейно-групповой психотерапии (КБМСГП)	677
Биполярно-бифокальная групповая психотерапия (на примере работы семейного клуба для семей с членом семьи, имеющим положительный ВИЧ-статус)	689
Глава 31. Профилактика нарушения психического здоровья детей и подростков.	692
Понятие психического здоровья	692
Факторы риска нарушения психического здоровья детей и подростков	694
Биологические факторы	694
Индивидуально-психологические и возрастные факторы	695

Социальные факторы	695
Направления профилактики нарушения психического здоровья детей и подростков	697
Модели здоровья	698
Уровни, задачи и направления деятельности в профилактике нарушения психического здоровья	700
Психологическая помощь ребенку и семье в системе профилактики нарушений психического здоровья	702
Практика консультирования ребенка и его семьи	703
Список использованной литературы	706
Информация об авторах	718

Глава 1. Психоаналитические и неаналитические теории развития личности детей и подростков

Психоаналитические теории развития

Васильева Н. В.

В результате многолетних клинических исследований психоанализ сложился как одна из наиболее фундаментальных теорий личности. Современная психоаналитическая теория представляет собой систему научных концепций, разрабатываемых как клинически, так и экспериментально. Психоанализ к настоящему времени — это не целостная законченная теория, в процессе развития возникли и завоевали свое право на жизнь разные школы мысли, каждая со своими теориями, техниками, клинической культурой. В течение многих десятилетий эти школы соревновались друг с другом за право монопольного объяснения психической жизни человека. Однако в настоящее время многие психоаналитики придерживаются плюралистской позиции, считая, что теоретическая разнородность психоаналитических направлений не является взаимоисключающей, а расширяет понимание клинического опыта. По мере развития психоаналитической теории направление возрастного развития вышло на первый план, и именно оно является сегодня краеугольным камнем психоанализа.

Зигмунд Фрейд

Для психоанализа характерен психогенетический взгляд на развитие личности: каким образом прошлое индивида повлияло на его функционирование в настоящем. С тех пор как клиническая работа привела Зигмунда Фрейда к исследованию психического конфликта, отправной точкой психоанализа стало его убеждение, что неврозам взрослых предшествовал некоторый опыт детства и что от симптома эмоционального происхождения нельзя избавиться, пока его происхождение и развитие не будут прослежены.

Фрейд предлагал пациентам свободно выражать свои мысли и обнаружил, что ассоциации уводили их непременно назад, к важным событиям в детстве. Ребенок стал центральной фигурой в конфликтах взрослого. («Ребенок — отец человека»). Таким образом, первые попытки понять младенчество и детство были основаны на реконструкции ранних периодов, полученных из воспоминаний взрослых пациентов.

По мнению З. Фрейда, личность развивается в ответ на четыре главных источника напряжения:

1. Процессы созревания (физиологический рост).
2. Фрустрации.
3. Внутренние конфликты.
4. Внешние угрозы (опасности).

Эти источники вызывают напряжение. Как следствие, индивид вынужден обучаться новым методам снижения напряжения. Это обучение и подразумевается под термином *личностное развитие*. Индивид учится справляться с фрустрациями, конфликтами и тревогами разнообразными способами, прежде всего *идентификацией* и *замещением*.

Идентификация — метод, посредством которого человек перенимает черты другого человека и делает их неотъемлемой частью собственной личности. Он учится снижать напряжение, моделируя свое поведение по подобию другого. Мы выбираем моделями для себя тех, кто нам кажется более успешным в удовлетворении своих потребностей, чем мы сами. Ребенок идентифицируется с родителями, так как они представляются ему всемогущими, по крайней мере в раннем детстве. По мере роста он находит другие образцы для идентификации — людей, чьи достижения больше соответствуют его текущим желаниям. В каждом периоде развития есть свои, характерные для данного периода фигуры идентификации. Большинство этих идентификаций происходят бессознательно — без сознательных намерений с нашей стороны. Необязательно идентифицироваться с другим во всех аспектах. Обычно человек отбирает и переводит во внутренний план лишь те черты другого, которые, по его мнению, помогают достичь желанной цели. Можно идентифицироваться не только с людьми, но и с животными, придуманными персонажами, организациями, абстрактными идеями и неодушевленными предметами.

Окончательная структура личности представляет собой ряд многочисленных идентификаций, сделанных в разные периоды жизни человека, хотя, по всей вероятности, мать и отец остаются наиболее важными фигурами идентификации в жизни каждого.

Замещение. Когда исходный объект инстинктивного выбора оказывается недоступен вследствие внешних или внутренних барьеров, образуется побудительная сила к другому объекту. Фрейд говорил, что развитие цивилиза-

ции стало возможным как результат подавления первичных выборов объекта и перенаправления инстинктивной энергии в социально приемлемые и социализирующие культуры каналы (1930). Замещение, которое приводит к более высоким культурным достижениям, называется *сублимацией*. В этой связи Фрейд рассматривал интерес Леонардо да Винчи к изображению Мадонны как сублимационное выражение его стремления к матери, с которой он был очень рано разлучен. Поскольку сублимация (как любое другое замещение) не приводит к полному удовлетворению, всегда поддерживается некоторое остаточное напряжение. Оно может разряжаться в форме нервозности, беспокойства, нетерпеливости. Фрейд считал, что это цена, которую человек платит за цивилизованное состояние.

Действуя посредством родителей и других властных фигур, общество разрешает определенные замещения и делает неприемлемыми другие. Например, ребенок обучается тому, что можно сосать соску, а не большой палец.

Способность формировать привязанность к заместительным объектам — наиболее влиятельный механизм развития личности. Сложная сеть интересов, предпочтений, ценностей и установок, которые характеризуют взрослого человека, становится возможной в результате замещений. Если бы психическая энергия не обладала свойствами перемещения и распределения, то не было бы и развития личности. Человек был бы просто механическим роботом, принужденным выполнять заданные инстинктами паттерны поведения.

3. Фрейд предложил первую психоаналитическую теорию развития, впоследствии ставшую известной как *теория психосексуального развития*. Назвав последовательные стадии сексуального развития, он определил их в терминах способов реагирования, свойственных определенной области тела. Фрейд выделил оральную, анальную, детскую генитальную (фаллическую), латентную и генитальную стадии развития. Итоговая организация личности есть общая составляющая их всех. В результате прохождения стадий развития индивид постепенно превращается из настроенного на удовольствия ребенка в социализированного и ориентированного на реальность взрослого.

Оральная фаза. Основной источник удовольствия локализуется в области рта. Существует два типа оральной активности: прием пищи и кусание. Данные типы активности представляют собой прототипы многих более поздних черт характера. Удовольствие от приема пищи в дальнейшем переводится на другие виды «приема», такие как получение знаний или владение чем-либо. Легковерный человек, например, — это человек с фиксацией личности на оральном уровне «приема внутрь»: он «проглотит» практически все, что бы ему ни сказали. Кусание или оральная агрессия позднее могут быть заменены сарказмом и склонностью спорить. Более того, поскольку

оральная фаза совпадает во времени с периодом полной физической и психологической зависимости младенца от матери, весь спектр чувств зависимости родом из этого периода. Чувства зависимости сохраняются в течение всей жизни; несмотря на развитие Эго в дальнейшем, человек обречен всегда переживать их в состоянии тревоги или неуверенности.

Анальная фаза. Начинается вместе с обретением способности контролировать сфинктеры. Начало приучения к туалету, обычно на втором году жизни, — серьезное испытание для ребенка. Он впервые сталкивается с попытками внешнего управления инстинктивными импульсами (первый опыт социализации). Ему приходится учиться откладывать удовольствие, которое возникает после облегчения кишечного напряжения.

Конкретный метод приучения к горшку, применяемый к ребенку, и чувства родителей по отношению к акту дефекации имеют далеко идущие последствия, оказывая влияние на формирование специфических черт характера. Если мать очень строга, а методы подавляющие, ребенок может удерживаться от дефекации и разовьется запор. Этот способ реагирования может распространиться на другие области поведения, и тогда у ребенка разовьется «удерживающий» характер. Он станет упрямым и скупым либо под воздействием подавляющих методов приучения к горшку может начать выражать свой гнев, совершая дефекацию в самое неподходящее время в самом неподходящем месте. Это прототип разнообразных реакций, направленных вовне, — жестокости, разрушительности, неопрятности, истерических припадков и пр.

С другой стороны, если мать поощряет, а не заставляет ребенка пользоваться туалетом, и хвалит его всякий раз, когда это удастся, у ребенка сформируется представление, что весь процесс чрезвычайно важен, а сам он способен созидать нечто весьма ценное. Эта мысль есть основа последующего творчества и продуктивной деятельности.

Фаллическая (детская генитальная) фаза. Следующий период психосексуального развития связан с возрастанием и концентрацией сексуального интереса. Первоначально Фрейд назвал эту фазу **детской генитальной организацией**. Интерес Фрейда к ней ограничился мужским развитием, поэтому впоследствии он назвал ее фаллической фазой. Он считал, что и мальчики, и девочки направляют свой интерес к фаллосу. (Со времени Фрейда, однако, произошли значительные изменения в теории. Современная психоналитическая теория описывает две отдельные линии психосексуального развития и половой идентификации — для мальчиков и для девочек.)

Интерес к гениталиям и анатомическим особенностям начинается у всех детей примерно с третьего года. Происходит это в связи с подъемом эротической чувствительности и локализацией новых ощущений в генитальной области. Интерес к функционированию половых органов и удовольствие

от мастурбационной активности настраивают течение фазы на появление **Эдипова комплекса**. Сам Фрейд считал, что идентификации на фазе Эдипова комплекса являются одним из самых значительных его открытий. Вкратце, Эдипов комплекс состоит из сексуального влечения к родителю противоположного пола и враждебности к родителю одного с ребенком пола. Мальчик хочет обладать матерью и избавиться от отца. Девочка хочет обладать отцом и занять место матери. Эти чувства проявляются в фантазиях, а также в чередовании любящих и бунтарских действий по отношению к родителям. Поведение ребенка от 3 до 5 лет в большой степени отмечено работой Эдипова комплекса, и хотя после 5 лет он модифицируется и подвергается подавлению, все-таки остается ядром личности в течение всей жизни. Отношение к противоположному полу, к людям, наделенным властью, способность соперничать (соревноваться) — все это в большой степени является производным Эдипова комплекса.

Латентный период. Возраст от 6–7 лет до наступления пубертата Фрейд назвал латентным, желая отразить, что это время уменьшения явных сексуальных проявлений. В данный период ребенок претерпевает множество изменений в развитии. До определенной степени он отказался, разрешил или подавил желания Эдиповой фазы вследствие работы и развития Эго и Суперэго. Эго уже гораздо больше контролирует инстинктивную активность, становится возможной сублимация активности драйвов. Одновременно с этим находятся более адаптивные формы удовлетворения. Все более расширяющаяся социальная среда обеспечивает ребенка приятными социальными переживаниями, опытом, обучением, что увеличивает возможности для развития сублимации.

Относительное равновесие латентной фазы нарушается биологическими изменениями пубертата, во время которого генитальные импульсы становятся более интенсивными.

Подростковый период. Биологические изменения пубертата оказывают значительное влияние на психическое развитие. Гормональные сдвиги нарушают установившийся в латентной фазе баланс между Эго и Суперэго, между инстинктами и защитами, возвращают конфликты из более ранних фаз развития. Но теперь, на этой фазе, у подростка формируется необходимый физический аппарат для осуществления своих желаний, а также когнитивная зрелость, чтобы понять значение детских инцестуозных фантазий. В результате у подростка появляется потребность подавить содержание ранних фантазий. Одновременно возникает желание освободиться от прежних табу против сексуального удовлетворения. Все это вместе создает значительный конфликт. Молодой человек должен найти новые объекты удовлетворения сексуальных потребностей. Это требует длительного времени приспособления, в течение которого подросток не только отделяется

от родителей как от объектов любви и зависимости, но и освобождается от их идеализированных образов носителей авторитета.

Вкратце, основная задача подростковой фазы заключается в том, чтобы «принять свою сексуальность». Сюда входит и приобретение зрелого в сексуальном плане тела, и достижение равновесия между драйвами, Эго и Суперэго, а также между объектами прошлого и будущего.

Несмотря на выделение четырех стадий личностного роста, Фрейд считал, что не существует четких возрастных граней между ними или резких переходов из одной фазы в другую. Итоговая организация личности есть составляющая прохождения всех стадий.

Теория Фрейда в своем позднем варианте была попыткой совместить две стороны в познании человека: научный взгляд на человека как на представителя биологического вида, с его физиологическими механизмами развития и функционирования, и гуманистический взгляд на человека как носителя субъективного опыта и смыслов, вырастающих из взаимоотношений с окружающими людьми. Эта попытка синтеза не смогла, однако, привести к созданию единой теории. Последователи Фрейда пошли путем изучения отдельных сторон личности, делая акценты либо на межличностных аспектах формирования личности (взаимоотношения между Эго и Суперэго в терминологии структурной теории), либо на биологическом уровне влечений и инстинктов (взаимоотношения между Ид и Эго). Результатом стало постепенное оформление двух направлений в психоанализе: Эго-психологии и Школы объектных отношений. Психоаналитики, считающиеся родоначальниками двух этих направлений, Анна Фрейд и Мелани Кляйн, являлись одновременно основоположниками детского психоанализа.

Мелани Кляйн (1902–1960) и Британская школа объектных отношений

Мелани Кляйн считается одной из центральных фигур в современном психоанализе, поскольку она раздвинула границы понимания человеческой психики, обратив внимание не только на конфликты Эдипова комплекса, но и на бессознательную эмоциональную жизнь ребенка раннего возраста, на первом году жизни. М. Кляйн была пионером детского психоанализа, стала использовать детскую игру как эквивалент свободных ассоциаций взрослого и по игре изучала бессознательные фантазии и тревоги.

С точки зрения Мелани Кляйн, человек рождается с двумя мощными примитивными, страстными модусами связи с миром. Это восторженная, заботливая, полная благодарности любовь и ужасающая, деструктивная, все портящая, завистливая ненависть. Любовь создает возможность неж-

ных, восстанавливающих взаимоотношений и переживается как хорошая и питающая. Ненависть создает агрессивные, взаимно уничтожающие взаимоотношения с другими и переживается как зло и опасность. С первых месяцев и в течение всей жизни, до самой смерти, каждый человек пытается примирить эти две формы опыта, защитить хороший, любовный опыт от деструктивных, полных ненависти чувств, соединить вместе аффективные полюсы.

Одна из наиболее важных идей Кляйн заключается в том, что в течение первого года жизни младенец совершает переход из параноидно-шизоидной позиции в депрессивную. В параноидно-шизоидной позиции чувства любви и ненависти переживаются как направленные к двум разным фигурам — «плохой» матери и «хорошей» матери. «Плохая» мать воспринимается как «преследующая», «разрушающая». На нее младенец направляет чувства разрушительной ярости. Любовь и благодарность переживаются лишь по отношению к «хорошей» матери. Примерно в возрасте 9 месяцев младенец начинает понимать, что мать одновременно и хорошая, и плохая, что удовлетворяет или не удовлетворяет его потребности одна и та же женщина. Таким образом, он подходит к задаче справиться с амбивалентностью, то есть учится любить и ненавидеть одного и того же человека. В депрессивной позиции младенец испытывает печаль, когда матери нет рядом; это означает приобретение умения удерживать образ «хорошей» матери и оплакивать утрату. То есть депрессивная позиция — более зрелая; переход от одной позиции к другой не совершается полностью; состояния стресса во взрослой жизни могут вызвать временный регресс к параноидно-шизоидному уровню функционирования.

Предполагается, что пациенты, страдающие психозами, функционируют преимущественно на этом уровне, иначе говоря, используют очень примитивные защиты (отрицание, проективную идентификацию, расщепление), чтобы справиться с тревогой преследования. Такое понимание психопатологии школой Мелани Кляйн привело к росту интереса лечить психоаналитическими методами серьезные психические заболевания, которые ранее считались непригодными для психоанализа.

Школа объектных отношений

Теоретики школы объектных отношений (Винникотт, Фэрберн, Балинт, Боулби) основывали свои теории на точке зрения М. Кляйн о том, что младенец имеет врожденную предрасположенность к человеческим контактам. Однако все они отказались от ее мнения, что агрессия есть врожденное образование, происходящее из инстинкта смерти, а младенец агрессивен и деструктивен от рождения. Вместо этого они постулировали, что ребенок предрасположен

к гармоничному взаимодействию и нетравматичному развитию, и с бои на этом пути определяются несовершенным качеством родительства. Другими словами, сместили акцент с драйвов и защит к образованию и поддержанию отношений с другими. Они подчеркивали роль ранних взаимоотношений, которые затем ребенок переводит во внутренний план (интернализует), а также роль чувств, связанных с этими взаимоотношениями.

Дональд Винникотт (1896–1971)

Винникотт был педиатром и психоаналитиком, проявившим большой интерес к ранним материнско-детским отношениям. Он придал новое направление психоаналитической мысли, концентрирующееся на взаимодействии матери и младенца (не фантазийной, а именно реальной матери). Винникотт говорил о «достаточно хорошей матери», организующей поддерживающую среду, в которой малыш может хорошо развиваться, поскольку его эмоциональные потребности удовлетворяются, а тревоги успокаиваются. Он считал, что именно качество опыта младенца в первые месяцы жизни является принципиальным *для возникновения ощущения себя личностью*.

Обеспечивая среду младенцу, мать оставляет на заднем плане собственную субъективность, ритм и заботы, приспособливает свои движения, деятельность — все свое существование к желаниям и потребностям ребенка. Как только они возникают у младенца, «достаточно хорошая» мать интуитивно их понимает и так организует среду, чтобы это выполнить. Физическая отзывчивость кормящей матери («молоко течет») — прототип более общей материнской отзывчивости, ее остро переживаемая потребность быть средством для исполнения желаний ребенка.

Важно, чтобы мать была рядом, когда она нужна, но столь же важно, чтобы она отступала на задний план, когда в ней нет потребности. Так создается *holding environment* — физическое и психическое пространство, внутри которого младенец защищен, не зная о том, что его защищают.

Постепенно к переживанию ребенком субъективного всемогущества добавляется опыт *объективной реальности*. Последний не вытесняет предыдущий, а скорее сосуществует с ним. В обычных условиях мать постепенно, по мере взросления младенца, все чаще вспоминает о своих интересах, заботах, удобстве, и ее реакции на требования ребенка становятся чуть более отсроченными. Эта отсроченность растет. Подобные попытки матери «преподнести» младенцу мир имеют мощное следствие: хотя это и болезненно, но помогает ему обрести новый, конструктивный опыт.

Осознавая увеличивающееся расстояние между желанием и его удовлетворением, младенец начинает понимать, что его желания не столь всемогущественны, как ему раньше казалось. Что сигналы не сами по себе создавали

удовлетворение, а это происходило с помощью матери. Растущее понимание имеет очень большое значение: младенец, который для стороннего наблюдателя всегда был беспомощен и зависим, впервые начинает **чувствовать** свою зависимость. Возрастает постепенное понимание, что мир состоит не только из собственной субъективности, но из многих; что удовлетворение желаний требует не только их выражения, но и **адаптации к внешней реальности** (переговоров с другими людьми, у которых есть свои желания и дела).

Временный опыт субъективного всемогущества, который предоставляется младенцу материнским «держанием», остается весьма ценным ресурсом в течение всей жизни человека. Это принципиально важное переживание позволяет растущему ребенку продолжать воспринимать свои спонтанно возникающие желания и проявления как подлинные, важные, имеющие большой смысл, хотя и подлежащие встраиванию в общий социальный контекст (с учетом желаний и возможностей других).

Если мать не может предоставить окружение, необходимое для развития здорового чувства «Я», то личностное развитие, по мнению Винникотта, приостанавливается. Личность ребенка развивается, не имея ядра, сердцевины. Подлинное ощущение себя замещается адаптивным послушанием, и это длится до тех пор, пока не будет найдена «удерживающая» среда, которая позволит проявиться субъективному спонтанному переживанию (опыту). Эта идея привела к созданию нового направления в психоаналитической психотерапии, когда аналитик пытается создать с пациентом те самые поддерживающие отношения, которые позволили бы пациенту расти и развиваться.

Джон Боулби (1907–1990)

Несколько последних десятилетий Джон Боулби был одним из тех, кто оказал наибольшее влияние на соединение психоаналитической мысли с другими науками, включая биологию, антропологию, этологию. В своих исследованиях он опирался на результаты экспериментов, проводимых в этологии — науке о поведении животных.

Боулби интересовался вопросами адаптации человека к среде и рассматривал инстинкты как врожденную основу для выживания, оформленную миллионами лет естественного отбора. Предметом его особого внимания была природа связи ребенка с матерью (*концепция привязанности*). Боулби считал, что возникновение привязанности к матери — *инстинктивная система*, которая увеличивает шансы младенца на выживание.

Для описания первичной привязанности ребенка к матери Джон Боулби постулировал следующие положения: младенец обладает врожденным поведенческим репертуаром, направленным на достижение физической

близости с матерью (или с другим человеком, постоянно ухаживающим за ним). Ученый описывает пять инстинктивных реакций: сосание, цепляние, следование, плач и улыбку, — как поведенческие паттерны, специфичные для человека. Все они вносят свой вклад в формирование поведения привязанности. В противовес традиционной психоаналитической теории Боулби выдвинул гипотезу, что система привязанности является более значимой внутренней мотивационной системой, чем оральное удовлетворение. Она активизирует ответное материнское поведение и тем самым обеспечивает младенцу безопасную основу для исследования мира.

«Объект привязанности» — одно из центральных понятий теории привязанности. Это тот человек, к которому возникает привязанность. Для большинства людей им является мать, но кровное родство здесь не играет особой роли. Мать может заменить любой человек, способный установить отношения привязанности с ребенком. Первичный объект привязанности обеспечивает ребенку безопасность, надежность и уверенность в своей защите. Только при их наличии младенец без труда налаживает вторичную привязанность с другими людьми. Чем менее надежной является связь с матерью, тем больше ребенок склонен подавлять стремление к другим социальным контактам.

В процессе взаимодействия матери и ребенка формируется *эмоциональная связь* — другая важная концепция Джона Боулби, — внутри которой младенец ощущает особое чувство безопасности и комфорта и может использовать фигуру привязанности как надежную базу, с которой можно начинать исследовать окружающий мир. Через отношения с матерью младенец постепенно выстраивает индивидуальную психическую репрезентацию взаимоотношений в целом, окружающего мира, матери и себя. Первичная привязанность возникает к 8–9 месяцам. К этому возрасту привязанность фиксируется на определенном лице и складывается *«внутренняя рабочая модель»*, накладывающая отпечаток на понимание настоящего, воспоминания о прошлом и выбор поведения в новых ситуациях. Это глубинная структура самосознания. Сама она не осознается, но сквозь нее индивид воспринимает и осознает себя и окружающий мир. «Внутренняя модель» ребенка построена из определенных ожиданий и допущений (например, что если он заплачет, мама возьмет его на руки). Эти ожидания базируются на реальном опыте и, будучи сформированными, оказывают влияние на интерпретацию ребенком нового опыта. В каждом новых взаимоотношениях он будет пытаться воспроизвести знакомый паттерн. Если мать (или ухаживающий человек) отвечает на потребности ребенка с сочувствием и пониманием, у него формируется образ себя как достойного заботы и выработается *«внутренняя рабочая модель»* любящего родителя. И наоборот, если ухаживающий не реагирует на выражаемые ребенком потребности

или отвергает их, у младенца формируются соответствующие ожидания от фигуры привязанности как ненадежной и недоступной и вследствие этого образ себя как не заслуживающего заботы.

Качество привязанности, сформированное в раннем детстве, образует ядро личности. Этот вывод Джона Боулби подтвержден работами Мэри Эйнсворт, которая показала в своих исследованиях, что чувствительность и отзывчивость матери на сигналы ребенка во время кормления, физического контакта, игры и плача в течение первых трех месяцев позволяет предсказать качество привязанности и поведение ребенка в возрасте 12 месяцев в «ситуации с незнакомцем». Данная техника представляет собой стандартные серии трехминутных эпизодов в игровой комнате, где ребенок имеет возможность исследовать игрушки вместе с незнакомым человеком в присутствии матери или ее отсутствие. Такая ситуация обычно вызывает у ребенка поведение поиска комфорта у матери. Эйнсворт разделила реакции детей в этой ситуации на три группы. Дети с надежной привязанностью могут использовать мать как надежное основание для ощущения безопасности и быстро успокаиваются после воссоединения с ней. Дети с ненадежной привязанностью могут быть разделены на две категории: с избегающей привязанностью — уходят от контакта с матерью после ее возвращения и с амбивалентной привязанностью — расстраиваются при уходе матери и не могут восстановить ощущение комфорта после воссоединения. Эти дети одновременно ищут и избегают контакта. Мэри Мэйн дополнительно выделяет четвертую группу детей, классифицируемую по параметру привязанности «ненадежная» — дезорганизованно-дезориентированная. Поведение таких детей характеризуется растерянностью и тревогой.

Качество привязанности определяется отношением к ребенку матери и значительно коррелирует с поведением матери. Дети группы надежной привязанности имеют наиболее чутких, внимательных и теплых матерей, понимающих и удовлетворяющих все их потребности. Матери детей с избегающей привязанностью эмоционально холодны, невнимательны к потребностям ребенка и излишне требовательны. Матери детей с амбивалентной привязанностью неустойчивы, непоследовательны и непредсказуемы.

Исследования показали, что качество привязанности в раннем детстве может служить надежным предсказателем адаптивности ребенка в более позднем возрасте. Были проведены лонгитюдные исследования, в которых дети прослеживались вплоть до 10–11 лет. Учителя, которые ничего не знали о предыстории, оценили детей с надежной привязанностью как более независимых, любознательных, творческих и уверенных в себе. Кроме того, они обратили внимание на то, что эти дети могут использовать учителей как ресурс в трудных ситуациях: после нескольких самостоятельных попыток

справиться с ситуацией они обращаются за помощью. Эти дети легче устанавливают контакты со сверстниками и проявляют больше эмпатии.

Современный психоанализ рассматривает систему привязанности как исходную движущую силу развития, впоследствии служащую фоном для формирования других мотиваций.

Анна Фрейд (1895–1982) и эго-психология

Анна Фрейд, дочь Зигмунда Фрейда, продолжала направление, созданное отцом, но работая с детьми. Ее взгляды оказали большое влияние на развитие эго-психологии. Одной из самых известных работ Анны Фрейд является книга «Защитные механизмы Эго» (1936).

Кроме ведения непосредственно психоаналитической работы с детьми, Анна Фрейд изучала детей в повседневной обстановке. Такие наблюдения давали значительно более широкую информацию, чем только интерпретации в анализе. Анна Фрейд вышла за рамки концепции психосексуальных стадий и предложила концепцию «линий развития», понимаемых как набор разворачивающихся потенциалов. Это было знаменательным событием в психоанализе, выходом за рамки теории либидо, расширением психоаналитического понимания развития.

Концепция «линии развития» традиционно использовалась в психоаналитической теории развития как метафора, описывающая последовательное, поступательное развитие и подчеркивающая его непрерывность и накопительный характер. Зигмунд Фрейд первым предложил такое направление: последовательное созревание либидинального драйва, образующее линию психосексуального развития. С целью поиска контекста, в рамках которого можно оценивать детскую личность, Анна Фрейд выдвинула предположение, что развитие в целом можно описать серией линий: предсказуемых, взаимосвязанных и постепенно разворачивающихся. Последовательность шагов внешнего развития отражает формирование глубинных психических структур. Это позволяет лучше понять, каким путем идет и совершенствуется приспособление ребенка к миру, развитие его независимости.

Анна Фрейд описала следующие линии:

- «от полной зависимости к эмоциональной самодостаточности и взрослым объектным отношениям»;
- линии, приводящие к телесной независимости: «от сосания к рациональному питанию», «от пачкания пеленок к контролю за кишечником и мочевым пузырем», «от отсутствия ответственности до принятия ответственности по уходу за телом»;

- «от эгоцентричности к партнерству (дружбе)»;
- «от тела к игрушке и от игры к работе».

Приведем примеры двух линий развития.

Линия «От сосания к рациональному питанию»

Долгий путь предстоит ребенку, прежде чем он придет в точку, где может регулировать прием пищи активно и рационально, качественно и количественно, на основе собственных потребностей и аппетита, независимо от его отношений к «обеспечителю» еды либо от его сознательных и бессознательных фантазий.

Шаги на этом пути выглядят приблизительно так:

1. Вскармливание грудью или с помощью бутылки, по часам или по требованию, с обычными трудностями кормления, вызванными частично перепадами аппетита и пищеварительными расстройствами, частично позицией тревоги матери относительно кормления.

Вмешательство в процесс удовлетворения потребностей — ненужное ожидание пищи, диета или принуждение к кормлению — образуют первые и часто длящиеся нарушения в позитивном отношении к еде.

2. Отлучение от груди или бутылки, инициатором которого является либо сам ребенок, либо мать.

В последнем случае, особенно если это протекает в сжатые сроки, быстро, протест малыша против оральной депривации искажает нормальное удовольствие от еды. Трудности могут возникать с введением твердой пищи, новых вкусов и консистенций, которые ребенок либо приветствует, либо отвергает.

3. Переход от кормления к самостоятельной еде, с помощью приборов либо без них, «пицца» и «мама» все еще идентифицируются друг с другом. Прием пищи как поле битвы, на котором могут происходить сражения, связанные с трудностями материнско-детских отношений.

4. Самостоятельная еда с использованием ложки, вилки и т. п., разногласия с матерью о количестве съедаемого сдвигаются к форме еды, то есть манерам за столом; тяга к конфетам как адекватному заместителю орального удовольствия от сосания; пищевые причуды (капризы) как результат анального тренинга (обучения чистоплотности), то есть вновь приобретенное реактивное образование отвращения.

5. Постепенный выход из уравнивания пищи и мамы в эдипальный период. Установки к еде по-прежнему иррациональные, но теперь обусловлены инфантильными сексуальными теориями, а именно: беременности через рот (страх отравления); беременности (страх пополнеть); анальных родов (страх приема пищи и ее выхода).