

ГЛАВА 14

Что есть аутизм, а что - нет

Франсис Тастин

Название этой главы вносит обнадеживающую ноту ясности в ситуацию, которая, как пишет автор, запутана и нагружена сомнениями - по поводу определений, диагностики, методов лечения, возможности изменений. Исследуя и сравнивая несколько подходов, а также прослеживая историю собственных открытий миссис Тастин, эта работа совершает новый прорыв и по-новому освещает природу аутизма [R.s.]

Опыт автора в работе с аутизмом.

Миссис Тастин интенсивно работала с аутичными детьми на протяжении 30 лет. После того, как она получила квалификацию детского психотерапевта в клинике Тависток, она год работала в Детском Центре Патнем в США. В это время Центр был местом исследования и лечения детей, которых называли «атипичными». Там Франсис Тастин занималась аутичными детьми у них дома, а также работала психотерапевтом в отделении. Ей также была щедро предоставлена возможность читать полные записи по всем детям, наблюдавшимся в Центре с момента его открытия за десять лет до того. По возвращении в Англию она лечила аутичных детей, направляемых к ней доктором Милдред Крик в рамках частной практики. Позднее она начала работать с доктором Крик в Больнице на Грейт Ормонд Стрит, где она лечила только аутичных детей. В течение десяти лет она также тесно сотрудничала с Институтом Детской Нейропсихиатрии в Риме, где было отделение, занимавшееся исследованием и лечением детей с психозами в возрасте до 5 лет. После выхода на пенсию она занималась супервизией психотерапевтической терапии аутичных детей с английскими и зарубежными терапевтами.

Слишком часто и слишком подолгу мы стояли снаружи, глядя на него (аутичного ребенка) с возрастающим теоретическим недоумением, в то время как его поведение продолжало нарушать законы ортодоксальной психопатологии. Наша единственная надежда сейчас - попасть внутрь него и посмотреть на мир снаружи его глазами [Джеймс Энтони, «Экспериментальный подход к психопатологии детского аутизма», 1958].

«Теоретическое недоумение», о котором Джеймс Энтони писал еще в 1958 году, все еще мешает точной диагностике аутизма. Например, не далее как в 1986 году польский профессор психиатрии Анджей Гарджил писал: «Используются несколько диагностических шкал... некоторые дети, диагностируемые как аутичные по одной шкале, могут не получить диагноза по другой (Гарджил, 1986). Эта путаница и неуверенность по поводу диагностики, видимо, существует в силу того, что психиатрия делает упор на важности для классификации внешних описательных характеристик. По моему опыту,

сложность при диагностике часто пропадает, когда мы отходим от внешних явлений и смотрим на лежащие в их основе реакции, которые вызвали внешние проявления расстройства. Осознание этих лежащих в основе реакций привносит в разнообразные и, на первый взгляд, не относящиеся друг к другу внешние характеристики аутистической психопатологии объединяющий их порядок.

Но до описания психотерапевтических результатов мне хотелось бы обобщить то, что было написано о диагностике аутичных детей с внешней точки зрения до этого.

Раздел 1

Внешние описательные диагностические характеристики

Кажется правильным начать с революционной статьи Лео Каннера, в которой он описательно отделяет синдром, названный им ранним младенческим аутизмом, от врожденных ментальных дефектов (Каннер, 1943).

Вот его описание Пола, 5 лет: «Он лежал на боку, у него не было аффективных связей с людьми. Он вел себя так, как будто люди не имеют значения или даже не существуют. Не было разницы, разговаривали ли с ним дружески или грубым голосом. Он никогда не смотрел людям в лицо. Когда он вообще имел дело с людьми, он обращался с ними, или, скорее, с их частями, как с объектами.»

Далее он пишет:

Каждый из детей, входя в кабинет, сразу шел к кубикам, игрушкам или другим объектам, совершенно не глядя на присутствующих людей. Было бы неправильным сказать, что они не знали о присутствии людей. Но люди, до тех пор пока они оставляли ребенка в покое, присутствовали так же, как стол, книжная полка или шкаф. Их приходы и уходы, даже если это была мать, дети, видимо, не замечали (Каннер, 1943).

Во время публикации и позже работа Каннера вызвала огромный интерес. Однако сейчас мы понимаем, что описанный Каннером синдром встречается очень редко. По одной из оценок, он бывает у 4 из 10 000 детей, впервые проявляется в возрасте до 2 лет. Но в этом возрасте его диагностируют редко. Родители аутичных детей рассказывают грустные истории о том, как они ходили от одного специалиста к другому, пока диагноз не был поставлен. Поэтому важно предупредить специалистов, занимающихся здоровьем, об опасности состояния, когда мать и младенец кажутся не связанными друг с другом.

Это подводит меня к наиболее выдающейся характеристике аутичных детей, - отсутствию нормальных социальных отношений. В своей статье 1976 года доктор Раттер, ведущий специалист по симптоматологии аутизма, описывает отсутствия взгляда глаза-в-глаза и то, как они не делают нормального ожидающего жеста, когда их берут на руки («принятие формы тела», как назвала это Маргарет Малер). Он описывает, как они не обращаются к

родителям за утешением, как подходят к незнакомым людям так же готовно, как к тем, кого хорошо знают. Он описывает, как они не сотрудничают в игре и как видимо не замечают чувств и интересов других.

Экспериментальная работа с аутичным детьми Питера Хобсона (1986), коллеги Раттера, продемонстрировала у таких детей отсутствие эмпатии. Работая так же, как Хобсон, Ута Фрис (1985) из Совета по Медицинским Исследованиям продемонстрировала отсутствие у них воображения. Я считаю, что эти два открытия очень помогают при понимании явно аутичных детей. Они специфичны только для них.

Раттер (1979) описывает три симптома как центральные для диагностики аутичных детей. Первый - невозможность установить социальные отношения. Следующий - задержка речевого развития, некоторые дети немые, у других - эхолалия, часто с путаницей при использовании личных местоимений, таких как «я» и «ты». Третий симптом, описанный Раттером - их ритуалистичное и компульсивное поведение, ассоциируемое с стереотипными движениями и жестами.

Выступая с той же бихевиаристской позиции, что и Раттер, Бернард Римланд (1964) подробно описал внешние черты детского аутизма, и дополнительно отделил их от детской шизофрении.

Используя более широкую точку зрения, чем Раттер и Римланд, Джордж Виктор (1986) также отделяет детский аутизм от детской шизофрении. Он анализирует широкий спектр материалов, от лабораторных опытов с животными до биографий родителей аутичных детей. В главе 2 он выделяет следующие симптомы:

Ритуалы. Он говорит, что ритуалы обычно имеют функцию сохранения самоконтроля и поддержания среды в неизменном состоянии; ритуалы аутичных детей более странные, чем больных шизофренией, и их придерживаются более строго.

Изоляция. Он описывает одиночество, отстраненность и замкнутость аутичных детей.

Органы чувств. Виктор описывает периферическое зрение таких детей, их видимую глухоту и невосприимчивость к происходящим поблизости событиям, но настройку на происходящие далеко.

Секс. Он описывает дикое возбуждение аутичных детей как напоминающее оргазменные спазмы; эти дети гиперсексуальны и очень чувственны.

Движение. Он пишет, как они могут мотать головой, скрежетать зубами, моргать и гримасничать.

Сон. Он пишет, что часто встречаются трудности со сном.

Иные симптомы. Он описывает безразличие аутичных детей к личным вещам и то, как их расстраивает, если что-то сломано или чему-то недостает детали; он описывает их панику при малейших переменах и безразличие к большим.

Симптомы, возникающие в младенчестве. Он также описывает, как, и в младенчестве, и позже, такие дети вполне довольны, когда их оставляют одних на долгое время.

На основании его работы в США в качестве главы амбулаторного отделения для детей с психозами и в качестве психотерапевта и психиатра, Роберт Олин (1975) отличает аутичных детей от детей, больных шизофренией, а также от детей с органическими нарушениями. В частности, он сравнивает их чувство идентичности. Он пишет про аутичного ребенка:

Проблема идентичности аутичного ребенка в том, что он чувствует себя таким маленьким и незначительным, что он едва существует. Поэтому он защищается от чувства несуществования, используя все свои силы и все способности, чтобы стать оболочкой неразрушимой силы.

Такой ребенок может чувствовать, что он становится машиной, выключателем, тротуаром, проигрывателем. Он становится уравнен с «вещами», вместо того чтобы идентифицироваться с живыми человеческими существами. Сравнивая ребенка с аутизмом и ребенка с шизофренией, Олин продолжает:

Ребенок с шизофренией, с другой стороны, чувствует, что его идентичность очень размазана и разрежена - как взвесь в воздухе. Его личность - как разбитая тарелка или горсть песка, которую подбросили вверх.

Олин продолжает: Он (ребенок с шизофренией) весьма изобретательно фрагментирует и запутывает. Например, в его словах для наблюдателя часто нет смысла. Однако вдруг наблюдатель обнаруживает, что в том, что говорится и делается, есть скрытое сообщение.

В отличие от этого, несомненно аутичный ребенок нем или у него эхолоалия.

Олин комментирует по поводу другого отличия между двумя типами психопатологии, а именно, что галлюцинации - обычно характеристика ребенка с шизофренией, но не аутичного ребенка, хотя во время лечения галлюцинации могут у него возникнуть.

Олин показывает сложности с тем, чтобы отличить ребенка с аутизмом от ребенка с шизофренией, если используются только внешние описательные характеристики, когда пишет:

Как и аутичный ребенок, ребенок с шизофренией может не любить обниматься. Он сопротивляется обучению. Он с трудом общается с другими детьми.

Позже в том же ключе Оллин продолжает:

У некоторых детей с шизофренией истории схожи с историями аутичных детей.

Ниже я продемонстрирую, как выход за рамки внешних симптомов позволяет распознавать безусловно аутичных детей. Но до этого мне нужно исправить некоторые распространенные заблуждения в отношении таких детей.

Разъяснение заблуждений

Ошибочная идея, что все аутичные дети были нелюбимы во младенчестве, привела к тому, что излишнее значение придавалось внешним причинам, а также к применению чрезмерно много позволяющих форм психотерапии, не подходящих для улучшения состояния аутичных детей. Идею о том, что аутичных детей не любили во младенчестве, сначала выдвинул Лео Каннер, написавший, что матери таких детей «холодные» и «интеллектуальные». Также Дибс, аутичный ребенок, описанный Вирджинией Акслайн (1966), был очевидно нелюбимым и нежеланным. Но это не верно для всех аутичных детей. Например, у аутичных детей, с которыми работала я, были матери, страдавшие от депрессии, когда у них был маленький ребенок, но они хотели этого ребенка и не были нелюбящими, хотя их внимание, возможно, оставляло желать лучшего из-за их депрессии.

Кстати, по поводу идеи о нелюбящих матерях аутичных детей Хелен Бейкер, детский психолог из Клиники Детей и Подростков из Австралии, пишет следующее:

Как детский психолог, работавший с аутичными детьми и их родителями в течение 12 лет, я не обнаружила совершенно никакой связи между существованием диагноза и отсутствием любви со стороны родителей. Более того, у аутичных детей были самые заботливые родители (личное сообщение, 1988).

Мне кажется, что к аутизму могут привести различные сочетания врожденных и средовых факторов.

Другое популярное заблуждение, нуждающееся в коррекции, состоит в том, что у всех аутичных детей поражен мозг. Точно так же, как и с тем, что они нелюбимы, тот факт, что у некоторых из них имеются поражения мозга, не означает, что они есть у всех.

Поражение мозга

Профессор Адриано Джанотти и доктор Джулианна де Астис, работающие в отделении исследований и психотерапии Института детской Нейропсихиатрии Университета Рима, чьих аутичных пациентов предварительно обследовали в прекрасно оборудованном отделении Метаболических и органических болезней этого института, пишут следующее:

Тот факт, что некоторые из этих черт аутизма иногда сопровождаются минимальными поражениями головного мозга, делает необходимым исследование важной проблемы. Многие из случаев, которые мы наблюдали и лечили с некоторым успехом, были диагностированы как задержка развития или даже энцефалопатия, в результате любая возможность нормального психического развития была исключена. Наш опыт в этом вопросе показал, что обнаруженные с помощью электроэнцефалографии изменения в головном мозге имеют тенденцию к исчезновению после психотерапевтического лечения; поэтому мы не считаем, что этим поражениям следует придавать большое значение для целей психотерапии. Случаи, в которых аутизм связан с серьезными энцефалопатиями, были... исключены из нашего исследования (Джианотти и де Астис, 1978).

В моей собственной клинической практике, которая на данный момент насчитывает 30 лет, я принимала для психотерапевтической терапии только аутичных детей, у которых с помощью доступных на тот момент исследований не было обнаружено поражений мозга. Именно эти дети, чей аутизм, по всей вероятности, имел психогенные причины, стали предметом наблюдений, из которых были сделаны психодинамические диагностические выводы, описанные в следующей секции.

Раздел 2

Психоаналитические диагностические выводы

Мелани Кляйн

Во времена, когда в традиционной психиатрии считалось, что психозы могут быть только у взрослых, Мелани Кляйн стала пионером в диагностике и лечении психозов у детей. Она, однако, не проводила различий между детским аутизмом и детской шизофренией. Дик, о котором она писала в своей работе 1930 года «Важность формирования символов в развитии эго», был, очевидно, ребенком, которому сейчас мы бы диагностировали аутизм, но статья Каннера о «раннем детском аутизме» была опубликована только в 1943 году, спустя 14 лет после этой работы Мелани Кляйн. Миссис Кляйн понимала, что Дик отличается от других психотичных детей, которых она видела, но, после трудных размышлений на эту тему, она поставила ему диагноз dementia praecox (раннее слабоумие), как тогда называли шизофрению. В силу своей занятости она не нашла время, чтобы исправить свой диагноз Дику в свете открытий Каннера.

Маргарет Малер

Маргарет Малер работала в то же время, что Мелани Кляйн, но жила в США; у нее было много возможностей для личных разговоров с Лео Каннером, поэтому она включила многие его идеи в свои теории. Малер посвятила большую часть своей жизни распознаванию и изучению детских психозов с точки зрения теории фрейдистского психоанализа, которые она развила. Ее гипотеза лежит в поле психологии развития, и она считала, что ранняя стадия младенчества - нормально аутическая, при этом

«удовлетворение потребностей находится в собственной аутистической орбите (младенца)» (1968, стр. 8). Она считала, что на этой ранней стадии у младенца нет осознания внешнего мира. Малер рассматривала детский аутизм как результат травматического нарушения на этой нормальной стадии раннего младенчества.

Она пишет, что в возрасте около 3 месяцев у нормального младенца развивается смутное представление о телесной отдельности от матери и о внешнем мире. Малер использует биологическую концепцию симбиоза для обозначения обоюдно выгодной взаимной зависимости, развивающейся между матерью и младенцем на этом нормальном симбиотическом этапе. Она рассматривала то, что называла симбиотическим психозом, как результат нарушения на нормальном симбиотическом этапе. Если использовать гипотезу Бендера (1956) о том, что детская шизофрения может быть диагностирована только после 5 лет, симбиотический психоз можно считать пред-шизофреническим состоянием.

Гипотеза Малер - красивая гипотеза. Поскольку мне не хотелось работать без теоретических обоснований, я обратилась к теории Малер и использовала ее в моих первых двух книгах, «Аутизм и детский психоз» (1972) и «Аутические состояния у детей» (1981). Но, как и в случае с Мелани Кляйн, у Маргарет Малер не было в распоряжении некоторых результатов более поздних исследований. А именно, результатов исследований таких наблюдателей за младенцами, как Бразелтон (1970), Колин Тревартен (1979), Том Боуер (1977а) и Даниэль Стерн (1986). Эти результаты заставляют сомневаться в истинности теории об этапе нормального первичного аутизма. Они, как всегда считала Мелани Кляйн, показывают, что с самого начала у новорожденного младенца есть мерцающее, плавающее осознание отдельности от матери, и он воспринимает впечатления из внешнего мира. Гипотезы как Малер, так и Кляйн о нормальном младенческом развитии ущербны из-за того, что сделаны на основании изучения патологических состояний. Так было в случае с нормальным первичным аутистическим этапом развития у Малер, так же было и в случае с гипотезой Кляйн о том, что паранойяльно-шизоидная позиция есть часть нормального младенческого развития.

В книге «Аутистические барьеры у невротических пациентов» (Тастин, 1986) я корректирую использование понятия нормального первичного аутизма. В этой главе мне хотелось бы исправить путаницу, вызванную в моей более ранней книге, «Аутистические состояния у детей» (Тастин, 1981), тем, что я не провела ясного различия между детским аутизмом и детской шизофренией. Однако до того как я приведу мои наиболее поздние формулировки и их отношение к дифференциальной психодинамической диагностике детского аутизма, я должна упомянуть работы Дональда Мельтцера и его коллег. В своей книге «Исследование аутизма» (1975) они описывают свою психотерапевтическую работу с некоторыми детьми, которые, по словам Мельтцера, «попадают в общую категорию раннего детского аутизма, но на разных стадиях эволюции» (стр. 3). Таким образом, они описывают детей, у которых проявилось или проявляется аутистическое состояние, но еще нет аутизма. Они не ставили себе целью отличить аутизм от других видов детских психозов.

Мельтцер считает, и я думаю так же, что решающую роль в возникновении аутизма у ребенка играет его природа. Однако его работа приняла иное направление, нежели моя, его привлекает исследование эстетических способностей аутичных детей. Это понятно, поскольку, выступая из своего аутизма, эти застенчивые, утонченные, чувствительные дети почти всегда обладают художественными или музыкальными способностями или чувством языка. У них преобладает то, что называют «артистическим темпераментом». Их гиперчувствительность означает, что для них конфликт между разрушением и созиданием стоит особенно остро.

Как практикующего детского психотерапевта меня интересовала задача определить, каким детям поможет моя терапия, а также определить, какое именно лечение и стоящие за ним идеи приводят к положительным изменениям в состоянии этих пациентов. Я поняла, что для меня наглухо «закрытые» аутичные дети проще поддаются лечению, чем «разреженные» дети шизофренического типа.

Позвольте мне описать психодинамическую диагностическую характеристику, которая, если она проявляется сильно и в общем, характерна и уникальна для аутичных детей. Распознавание этой базовой характеристики позволяет нам увидеть, как возник разрозненный набор запутанных внешних черт, описанных в разделе 1. Эта характеристика приводит нас к простой гипотезе, которая придает смысл всей этой путанице.

Выделение базовой характеристики, специфической для аутизма

Базовая диагностическая характеристика, специфическая для аутизма, выводится из того факта, что все человеческие существа, как и другие животные, имеют врожденное стремление искать укрытия от пугающего опыта. Так, относительно нормальные младенцы будут искать укрытия в безопасности материнских рук (или рук знакомого им человека) или прятаться под материнской юбкой. При нормальном развитии мать и другие люди постепенно все более воспринимаются как отдельные существа. При психозе это не так. У детей шизофренического типа факт их телесной отдельности от матери смазан, тогда как у аутичных детей он исключается почти полностью.

Дети шизофренического типа

Дети шизофренического типа ищут укрытия от пугающих вещей, как внешних, так и внутренних, создавая иллюзию, что часть их тела все еще присоединена к телу матери и что они с ней идентичны. Помимо размывания факта телесной отдельности, это дает им ненадежное чувство идентичности. Мать и дитя как пара сиамских близнецов или пара домов с общей стеной (как описал эту патологическую «симбиотическую» ситуацию пациент Дафне Нэш Бриггс). Мельтцер (Meltzer et al., 1975) назвал это адгезивной идентификацией. Другие авторы использовали термин «имитационное слияние» (Gaddini, 1969).

Другой шизофренический способ поиска убежища - иллюзия внедрения и входа в материнское тело или тело других людей. Бион (1962) показал нам, что это - преувеличение нормального процесса, который Мелани Кляйн назвала проективной идентификацией. Этот процесс, видимо, возникает из врожденной способности к эмпатии. (У детей шизофренического типа эмпатии слишком много; у аутичных детей - слишком мало. Дети шизофренического типа слишком открыты; аутичные дети слишком закрыты.) Мельцер назвал это интрузивной идентификацией. Она дает детям шизофренического типа неустойчивое чувство идентичности, но она зависит от чувства идентичности других людей. Я называю их спутанными детьми, потому что их собственное чувство идентичности и их осознание чувства идентичности других людей запутано и перемешано. Однако поскольку некоторое чувство отдельности все же есть, возможно некоторое запутанное психологическое развитие, даже если оно нерегулируемо, странно, нарушено.

Это - разительное отличие от закрытого аутичного ребенка, у которого психологическое развитие почти полностью остановилось, хотя и есть некоторые аутичные дети, у которых когнитивное развитие может идти по узкой линии обсессивного интереса к одной теме, например, паукам или жукам, о которых ребенок соберет огромное количество информации. Такие дети очень настойчивы. Это исключает неприятные вещи из внешнего мира. Связь аутизма и обсессивности ясна.

Кроме того, в отличие от сложностей с кормлением аутичных младенцев, про младенцев со склонностью к шизофрении почти всегда говорят, что они едят жадно, неограниченно. Матери говорят что-нибудь вроде: «как будто он не мог наесться», «он не хотел, чтобы кормление заканчивалось». В этом отличие от обильного кормления нормального здорового младенца, который обычно ест, заканчивает, отрыгивает и чаще всего засыпает.

Позвольте мне провести различие между способами защиты, которые характерны и уникальны для явно аутичного ребенка. Дети шизофренического типа используют готовую форму защиты; они обернуты вокруг тел других людей, который поддерживают их, и, таким образом, они чрезмерно зависят от других людей. И наоборот, аутичные дети сами производят свое защитное покрытие, они обернуты в свои собственные твердые телесные ощущения. Я называю это самосозданной инкапсуляцией. В отличие от детей шизофренического типа, аутичные дети чрезмерно самодостаточны и игнорируют свою зависимость от других.

Самосозданная инкапсуляция

Глухая, как в раковине, закрытость - психодинамическая дифференциальная диагностическая характеристика аутичных детей. Как увидел еще Каннер, такие дети не отличают живых людей от неодушевленных объектов; они обращаются одинаково и с теми, и с другими. Таким образом, давя на твердую стену или твердую часть человека как

неодушевленного объекта, или поворачиваясь к людям своей твердой спиной, они вызывают чувство, что они - твердые, непроницаемые, - и это чувство первостепенной важности для таких детей, хотя их чрезмерная концентрация на некоторых ощущениях не дает им осознать ощущения более нормальных объектных отношений. Например, такие дети не замечают, что ударились, когда падают.

Эти дети носят с собой твердые объекты, с которыми они чувствуют свое равенство. Это не идентификация; они перенимают твердость объектов, чтобы стать с ними равными. Сложно найти слова, передающие суть такого неразложимого на элементы опыта и концептуализировать эти неконцептуализированные объекты. Эти «объекты» не отличаются от собственного тела субъекта и используются не в смысле их объектной функции, но в смысле твердых ощущений, которые они порождают. После того как я предположила термин «аутические объекты» или «объекты ощущений» (Тастин, 1980, 1981), я обнаружила, что Винникотт о них знал, и, в своей живописной манере, предположил парадоксальный термин «субъективные объекты» (1958).

У многих из таких детей развиваются твердые, мускулистые тела, как пишет Эстер Бик (1968). Когда их берут на руки, они ощущаются как твердые, негнувшиеся. Это напряженные дети, которые живут в мире ощущений, ощущений твердых и мягких. Эти крайности - твердых и мягких ощущений - отвлекают внимание ребенка от ощущений, подходящих для повседневной жизни, которой они живут вместе с другими человеческими существами. Это означает, что у них развиваются идеосинкратические стереотипные движения, призванные вызвать защитные ощущения. Эти стереотипные движения кажутся обычному наблюдателю бессмысленными. Внимание аутичных детей так отвлечено на эти самосозданные ощущения, что они кажутся глухими или даже слепыми. Это идеосинкратическое использование твердых аутистических объектов не позволяет использовать объекты в нормальной игре. Без игры и нормальной жизни в ощущениях ментальное развитие не стимулируется (Тастин, 1988).

Безразличие аутичных детей по отношению к общей с другими людьми реальностью также повышается при возникновении субъективных форм, в которых доминируют ощущения. Они обезболивают и выполняют функцию транквилизаторов. Я назвала их аутистическими формами или формами ощущений (Тастин, 1984, 1986). Это - случайные аморфные формы, никак не относящиеся к формам реальных объектов. Таким образом, это не классифицированные формы, которые ребенок ни с кем не разделяет. Это - завихрения самосозданных ощущений, которые умерщвляют осознанность, с тем, чтобы поддерживать и укреплять отсутствие внимания к общим с другими людьми реальностям, возникающее из-за использования субъективных аутистических объектов. Немыслимый травматичный младенческий опыт исключается, вычеркивается. Парадоксальным образом эти вызванные ощущением формы притупляют восприятие нормальных ощущений. Эта притупленность - характеристика аутичных детей.

При нормальном развитии связывание форм и соответствующих им объектов приводит к формированию понимания и концепций. Это связывание - фундамент когнитивного

развития. Таким образом, чрезмерная увлеченность аутичного ребенка субъективными объектами и формами ощущений предотвращает когнитивное развитие, и аутичные дети кажутся имеющими ментальные дефекты.

Чрезмерное и исключительное использование самосозданной инкапсуляции - отличительная черта аутизма. Это - особый метод поиска укрытия, патологический метод, потому что он почти полностью задерживает психологическое развитие. Он ассоциируется с неделимыми феноменами на границе физиологического и психологического. Он является комбинацией психо-рефлективных, нейро-ментальных и психо-химических реакций.

Аутистическая закрытость выполняет важную функцию убежища от невыносимых, кажущихся угрожающими жизни ощущений. Поэтому меня очень беспокоит, когда я слышу, как люди говорят об «устранении аутизма», «излечении аутизма» и «прорыве через аутизм». Я видела и слышала об аутичных детях, которых такие люди лечили, ставших чрезвычайно гиперактивными. Гиперактивность не является характеристикой аутичного ребенка, если только с аутизмом не боролись люди, не понимающие его функции. У других детей, которых лечили методами, не уважающими аутизм, их чрезвычайная уязвимость была выставлена напоказ, при этом им не дали возможности развить других, более прогрессивных методов защиты. Эти более прогрессивные методы могут возникнуть, если применяется форма лечения, при которой понимается младенческий перенос и детям дается возможность заново пережить младенческие драмы, приведшие к инкапсуляционному аутичному методу поиска укрытия.

Хотя аутичные дети выглядят такими неземными, на самом деле они чрезвычайно доминирующие и властные. Они используют адаптацию, которая крайне эффективна для исключения внешнего мира. К сожалению, это не позволило развиваться другим методам адаптации. Иногда мне докладывают клинический материал, который как будто относится к аутичному ребенку. Мне удается убедить докладчика, что ребенок не аутичный, потому что у пациента нет конституциональной силы, нужной для развития глухой закрытости, специфичной для аутистических методов защиты.

Иногда мне показывают клинический материал, якобы указывающий на аутизм, потому что дети расстраиваются из-за дырок или поломанных вещей. Несколько других типов пациентов - дети с ментальными дефектами или дети шизофренического типа - тоже могут быть озабочены такими вещами, но только аутичные дети защищаются от таких вещей, сильно и исключительно используя самосозданную инкапсуляцию.

Защитная реакция аутизма, используемая наряду с другими защитными реакциями

Однако другие аутичные пациенты могут ограниченно использовать аутистическую инкапсуляцию. Для них это одно из средств, наравне с другими, для укрытия от невыносимых ощущений. Но не единственное. Например, дети шизофренического типа, в основном использующие проективную, интрузивную и адгезивную идентификацию, могут

иметь капсулу аутизма. То же относится к слепым или глухим детям. В этой инкапсулированной части доминируют уравнения ощущений. Там нет идентификации, даже ненадежной. Субъективный феномен объектов и форм ощущений защищает самую уязвимую часть ребенка. В этой части они полностью исключают осознание отдельности, панику и ярость, вызываемые этой фрустрацией, хотя в других частях неясное осознание своей телесной отдельности от матери и окружающего мира существуют.

Ханна Сигал (1975) описала взрослого пациента с шизофренией, который был настолько уравнен со своей скрипкой, что не мог играть для публики, потому что чувствовал, что публично мастурбирует. Очевидно, как отмечает Сигал, скрипка не символизировала его тело, он ощущал, что стал скрипкой. Поэтому Сигал назвала это символическим уравнением. Видимо, это - более развитая форма телоцентричных аутистических объектов, используемых аутичными детьми. Как и эти объекты, скрипка не использовалась в смысле своей объектной функции.

Когда самосозданная инкапсуляция аутичных детей изменяется, когда они начинают неясно осознавать свою отдельность от других людей, они начинают нормально использовать проективную идентификацию как средство защиты, а также продолжают использовать уравнительные ощущения, создающие аутистическую инкапсуляцию. Это использование нескольких защитных способов объясняет странное наблюдение доктора Олина, что «в раннем возрасте некоторые дети выглядят аутичными. Позже они выглядят как больные шизофренией. Или некоторые дети с психозом сначала заболевают шизофренией, которая позже становится аутизмом». У этих детей, очевидно, наблюдались колебания от одного способа защиты к другому. Кроме того, у многих невротических пациентов, да и относительно нормальных людей, есть скрытая капсула аутизма (S. Klein, 1980; Tustin, 1986). Видимо, капсула аутизма может лежать в основе маниакально-депрессивных расстройств, поскольку все аутичные дети, которых я лечила, выходя из аутизма, в определяемой степени были эмоционально лабильны. Аутистическая капсула также, вероятно, способствует вызываемым ужасом комплексам при фобических болезнях.

Мои текущие взгляды на аутизм

К этому моменту очевидно, что я больше не придерживаюсь взглядов Маргарет Малер на аутизм как на нормальную первичную фазу развития. Теперь я использую термин «аутизм» как обозначающий адаптивную реакцию, которая имеет природу автоматической рефлекторной реакции на ситуации невыносимого осознания телесной отдельности от матери. Она, видимо, является защитной реакцией, специфичной для гиперсенситивности и ультра-уязвимости. Как мы видели, она может использоваться полностью или частично.

Как я уже упоминала, я не обнаружила, что большинство матерей таких детей были нелюбящими. Некоторые специалисты путают аутичных детей с глубок депривированными или запущенными детьми, пунктирно находившимися под опекой

социальных служб. У них часто были и другие сепарации, например, пребывание в больницах. У таких запущенных детей часто есть признаки аутизма, но они также используют другие способы защиты. Аутичные дети отличаются от них тем, что о них физически хорошо заботятся, они часто растут в обеспеченных семьях среднего класса. Для них также редкость территориальное отделение от матерей.

Позвольте мне собрать воедино те факторы, которые я считаю значительными в развитии психогенного аутизма. Первый фактор - матери рассказывают, что у них была серьезная депрессия до либо после рождения этого конкретного ребенка, и роды часто были долгими и затяжными. У ребенка наблюдались трудности с кормлением в самом раннем младенчестве. Я также обнаружила, что когда они носили ребенка, они были в ситуации, вызывающей особое одиночество. Как пишет Х.С. Кляйн (1987): «Нам все еще несколько неясна важность опыта, полученного *in utero*... Каково влияние ментального состояния матери на нерожденного ребенка... чувствует ли ребенок болезненные стимулы до рождения?»

Иногда отцу приходится долго отсутствовать по работе, или по какой-то причине он эмоционально недоступен матери. Другие матери были вне своей родной страны; некоторые из них принадлежали к другой национальности или религии, чем их муж. Не осознавая этого, мать, видимо, обращается к ребенку внутри своего тела за компанией и утешением. Таким образом роды могут стать сложными, потому что бессознательно она не хочет потерять ребенка внутри тела. Когда ребенок рождается, она чувствует одиночество, горе внутри себя, ощущаемое как «черная дыра». Она впадает в глубокую депрессию.

Мой первый аутичный пациент, назовем его Джон (Тастин, 1966, 1986, 1990), когда ему было 4 года и он начал выздоравливать, показал мне, что травматичный опыт, который был исключен защитной реакцией аутизма, был «черной дырой». Он ассоциировался с горем, яростью и паникой по поводу невыносимой отдельности от материнского тела. Казалось, что мать не могла помочь ему перенести этот фрустрирующий опыт, потому что он слишком походил на ее собственный. Джон показал мне, что, чтобы помочь таким детям, мы должны отправиться к самому началу их жизни и соприкоснуться с самыми ранними действиями ребенка, с сосанием груди или бутылочки. В этой ранней ситуации у младенцев совсем мало взаимодействия с внешним миром, так что огромную роль играют встроенные гештальты. В начале важным для ребенка будет не молоко, а ощущение соска (или соски) во рту.

Мэвис Гантер (1959)(2), у которой был большой опыт помощи матерям с кормлением новорожденных, пишет об этом, когда говорит о «невероятной апатии ребенка», когда он поднесен к груди, но не получает всего ощущения во рту. Если у него нет нужного набора стимулов мягкого неба, языка и ротовой полости, он останется апатичным.» Клинический материал показывает, что такой ребенок чувствует себя беззащитным, не умея заменить то, чего у него нет. Таким детям кажется, что они что-то потеряли, они не знают, что. Они чувствуют себя дефективными, искалеченными. Это означает, что они становятся очень

взыскательными, требуют полноты и совершенства, которые недостижимы. Ничто никогда не достаточно хорошо. Родители (и терапевты) с трудом справляются с их нереалистичными требованиями. Инсайт по поводу причины их перфекционизма снимает груз с плеч как самих пациентов, так и тех, кто о них заботится. Функция самосозданной инкапсуляции - защитить эту якобы раненую часть. Но инкапсуляция не исцеляет от ощущения раны, не помогает с чрезвычайной чувствительностью или уязвимостью. Она делает их сильнее, потому что эти крайние состояния исключаются, закрываются от исцеляющего и укрепляющего эффекта человеческих отношений. Однако в тот момент она кажется спасающей жизнь мерой.

Во время терапии, когда аутистический метод защиты начинает отступать, раненый гиперчувствительный ультра-уязвимый ребенок появляется с очень низкой толерантностью к фрустрации. Для такого ребенка все усилено. По мере развития способности играть, равно как и других эстетических способностей, эти дети могут выразить свои гипертрофированные состояния с помощью этих средств, в то же время принимая участие в общих обычных событиях повседневной жизни. Аутистическая инкапсуляция означала, что их чувствительность не использовалась, равно как и их уязвимость, а они могли бы показать этим детям их потребность в других людях. Мы должны вернуть их обратно на землю, сохраняя, но модерируя, их чувствительную уязвимость.

К счастью, в той терапии, которая понимает использование младенческого переноса, у нас есть для этого средства. Через терапию они могут заново прожить травматичные младенческие ситуации, в которых у них возникла иллюзия, что их калечат. Они испытывают отчаяние, ярость и ужас, которые были невыносимы тогда. Помогая детям вынести эти ощущения, мы помогаем им увидеть эти чувства, и ситуации, которые эти чувства спровоцировали, в менее преувеличенном виде. Они начинают играть и у них появляется чувство юмора. Они видят вещи более сбалансированно. По моему опыту, когда они начинают реагировать менее экстремально, они становятся особенно радостными детьми. Когда они начинают осознавать и «я» и «не-я», может появиться описанный Винникоттом (1958) переходный объект. Аутистические объекты полностью исключают осознание ситуаций «не-я». Радикально аутичные дети даже не сосут палец, потому что палец должен преодолеть пространство, чтобы попасть в рот, и из-за этого воспринимается как «не-я». С другой стороны, дети шизофренического типа обычно очень привязаны к сосанию пальцев, которые они используют как примитивный переходный объект.

Но не все младенцы, у которых матери в депрессии и трудности с кормлением, становятся аутичными, хотя у них могут быть другие проблемы. Я убеждена, что должно быть что-то в генетическом строении или внутриматочном опыте аутичного ребенка, что предрасполагает его к тому, чтобы прибегнуть к аутистической инкапсуляции как к единственному способу защиты. Синдром, настолько редкий, как ранний детский аутизм, должен быть редкой комбинацией факторов. Мы все еще не знаем все задействованные факторы. Такие дети - все еще загадка. Но если нам станет яснее, что есть аутизм, а что

им не является, возможно, нам станут более понятны факторы, способствующие его появлению.

Очевидно, в аутистическом итоге играет роль взаимодействие между матерью и ребенком, но генетическое строение, внутриматочный опыт, роль отца в этой печальной истории тоже должны приниматься во внимание. Другой фактор, который также иногда упоминают - то, что матери таких детей бывают капризными, привередливыми, им недостает здравого смысла. Но, как мудро заметил Сало Тишлер (1979), родители, которых мы видим в своем кабинете, совершенно не обязательно ведут себя так же, как тогда, когда родился их ребенок. С тех пор с их чувствами играл очень властный ребенок, который жил в странном, неземном, разреженном, невероятном, преувеличенном, самосозданном, управляемом ощущениями мире. Точно так же у этих детей есть сильное влияние на тех, кто пытается оценить их состояние. Таким образом, мать можно оценить как виновную в состоянии ее ребенка, потому что оценивающий улавливает обиду ребенка на мать. Схожим образом оценивающее лицо, которое улавливает отчаяние ребенка о том, что его состояние неизлечимо, может делать догматические заявления по поводу неизлечимости аутичных детей.

Интенсивная психотерапевтическая работа показывает, что ни родители, ни дети не делают ничего, за что их можно винить, что приводило бы к аутизму. Они находятся в паутине неизбежных реакций, и им нужно наше понимание, а не наши обвинения. Психотерапевтическая оценка, которая имеет целью отслеживание некоторых нитей этой паутины, даст нам более точное понимание аутичного ребенка, чем простое описание его особенностей. Но это требует времени и не всегда может быть сделано в рамках одной встречи, хотя с опытом это и получается лучше. Понимание, которое мы получаем из такого предварительного обследования, поможет нам помочь родителям быть в лучшем контакте с их отстраненным ребенком, а также подскажет нам, как помочь гиперчувствительному, ультра-уязвимому ребенку, который чувствует угрозу потери существования. (Ужас по поводу потери существования отличается от страха смерти, который характерен для детей шизофренического типа. Страх смерти ассоциируется с чувством, что ты живой. Аутичные дети не знают, что они живые человеческие существа. Выздоровливающие аутичные дети говорили мне, что когда они пришли ко мне впервые, они чувствовали себя как «вещи»).

Прогноз

По моему опыту работы с аутичными детьми, о которых в их младенчестве заботилась мать в глубокой депрессии, исход терапии того типа, который использует младенческий перенос, внушает оптимизм. Все очевидно аутичные дети, закончившие терапию, кроме одного (нужно помнить, что они очень редки) получили диагноз «ранний детский аутизм» от доктора Милдред Крик, специалиста международного уровня по диагностике всех видов детских психозов. Ребенок, которому диагноз поставила не она, получил диагноз «Синдром Кеннера», когда ему было 3 года, от Анни Бергман, старшего терапевта Маргарет Малер. Поэтому нет сомнений, что дети, которых я успешно лечила, были

аутичными в строгом смысле этого слова. (Я наблюдала еще шестерых, которые использовали заметно аутистические методы защиты, но и симбиотические тоже.) Четверо очевидно аутичных детей, всех из которых я наблюдала в рамках частной практики, были младше 6 лет, когда началась терапия. Первые два аутичных пациента наблюдались четыре или пять раз в неделю, но когда у меня появилось больше опыта, вторых двух я наблюдала дважды в неделю. Все они оказались умными людьми с эстетическими талантами. В конце лечения они казались относительно нормальными и делали нормальные для детей своего возраста вещи. Они были социальны, но немного застенчивыми и гиперчувствительными. Двое из них были слегка обсессивными. Я слышала про троих из них, что они поступили в университеты и развивались нормально. Я уверена, что родители четвертого дали бы мне знать, если бы что-то было не так.

Профессор Джианнотти и доктор де Астис, в специализированном отделении Римского университета, занимающемся психотерапией детей с психозами до 5 лет, в 1985 году провели грубый первичный опрос для своих целей, чтобы оценить эффект психотерапии, которую они использовали, на 39 детей с психозами в их отделении. В начале существования их отделения на их психотерапевтическую технику оказал влияние мой подход, но с течением лет она обогатилась за счет растущего опыта сотрудников отделения. (контакт с этим отделением также обогатил и мой личный опыт). В этом пилотном опросе детей оценивали по пятибалльной шкале с точки зрения сокращения их патологии. Поскольку в начале лечения дети могли делать очень мало, такая количественная оценка была возможной. При психотерапевтической работе так обычно не бывает. Очевидно, дети не начали терапию в одно и то же время. Некоторые дети наблюдались дольше, чем другие, самое долгое время составляло 5 лет. Категории, которые использовались для сокращения патологии, были социальные отношения, стереотипы, школьные возможности по возрасту и способность к игре.

Результаты опроса были вдохновляющими для сотрудников отделения, в том смысле, что, хотя некоторые дети только начали лечение, а другие были в его середине, среднее сокращение патологии на дату опроса составило 51.6% для аутичных детей и 54 % для детей шизофренического типа. У всех у них наблюдалась положительная динамика, а у одного ребенка, который первым начал лечение и закончил его, сокращение патологии составило 100 %. Очевидно, что средний процент растет по мере продвижения лечения. Я знаю от сотрудников этого отделения, что улучшение состояния пациентов продолжалось к их удовлетворению, но они еще не провели другого статистического исследования, поскольку то, которое было проведено в 1985 году, дало им достаточную уверенность в том, что методы, используемые ими, хорошо подходят потребностям детей с психозами в их отделении.

Заключение

Эта глава имела целью провести окончательное различие между тем, что есть аутизм, и тем, чем он не является. В ней раскрывается точка зрения, что аутизм есть авто-чувственная защита автоматического рефлекторного вида, присущая всем нам, но

используемая чрезвычайно сильно и как единственная, что составляет патологию. Такое мощное и исключительное использование самосозданной инкапсуляции, отвлекающее внимание от невыносимого травматичного младенческого опыта, считается специфической и уникальной чертой аутичных детей. Это означает, что детский аутизм может быть диагностирован с большей уверенностью и более точно, чем это делалось в психотерапии раньше. Такая диагностическая оценка нужна не для того, чтобы клеить на пациентов ярлыки, как на бабочек, прищипленных к доске, но чтобы мы начали «смотреть на мир их глазами», как пишет Джеймс Энтони в эпиграфе к этой главе. Эффективная психотерапия с аутичными детьми зависит от того, чтобы с ними говорил кто-то, кто хоть немного понимает, в каком мире они «живут и движутся» и каково их разреженное чувство «бытия».

Заметки

1. Мне хотелось бы выразить горячую благодарность Бронвину Хокингу, который познакомил меня с книгой Джорджа Виктора и подвел итоги главы 2.
2. Мне хотелось бы поблагодарить Вивьен Вилмот за присланную статью Мэвис Гантер.